Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Instroom hartrevalidatie en naleving richtlijn op onderdeel leefstijlbegeleiding onvoldoende verbeterd

Utrecht, oktober 2013

Inhoud

Voorwoord

Hartrevalidatie vormt een belangrijk onderdeel van de behandeling van hartpatiënten. Hartrevalidatie verkleint onder andere de kans op een nieuw hartinfarct en de kans hieraan te overlijden sterk. Het heeft daarmee dus een groot effect op de prognose van deze patiënten: deelname aan een hartrevalidatieprogramma reduceert de overlijdenskans met 32%. In Nederland volgen nog steeds te weinig patiënten een dergelijk programma.

Na een eerste onderzoek in 2010 heeft de inspectie in 2013 een vervolgonderzoek uitgevoerd naar de naleving van de richtlijn Hartrevalidatie. De inspectie ziet dat instellingen zich bewuster zijn van de noodzaak van hartrevalidatie en een verbetertraject hebben ingezet. Zij vindt tegelijkertijd dat de instroom van patiënten in hartrevalidatieprogramma's niet hoog genoeg is. De inspectie constateert ook dat het nog ontbreekt aan daadwerkelijke begeleiding van de patiënt bij zijn pogingen om de leefstijl (gericht op roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit) blijvend te veranderen. Een verdere verbetering is nodig om dit allemaal op orde te krijgen. Naast de inzet van de instelling is de rol van de cardioloog daarbij cruciaal, vooral bij het doorverwijzen naar de hartrevalidatie.

Bij hartrevalidatie speelt het dilemma dat zorgverleners het programma en de bijbehorende leefstijlbegeleiding aanbieden, maar dat de patiënt uiteindelijk zelf beslist waaraan hij meedoet. Bekend is dat voor het aanpassen van een lang bestaand leefpatroon intensieve begeleiding noodzakelijk is omdat het mensen alleen niet goed lukt. Het is de verantwoordelijkheid van cardiologen en hartrevalidatieteams om patiënten te motiveren deel te nemen en hen daadwerkelijk begeleiding te bieden.

Uit het vervolgonderzoek onder 85 instellingen blijkt dat ze bijna allemaal hun hartrevalidatieprogramma verbeterd hadden, maar dat zeventig instellingen diverse onderdelen van hun hartrevalidatie nog niet op orde hadden. De inspectie legt deze instellingen maatregelen op waarmee ze hun uitkomsten moeten verbeteren. Daarnaast is de inspectie niet tevreden over de geringe groei van deelnemers aan het programma vanwege de risico's op gezondheidschade. De inspectie blijft de ontwikkelingen van de instroom in hartrevalidatieprogramma's volgen en aan de orde stellen via een kwaliteitsindicator in de basisset ziekenhuizen 2014.

Ik roep alle betrokkenen op om zich te blijven inzetten om de instroom van patiënten en de kwaliteit van hartrevalidatie, inclusief de leefstijlbegeleiding, te verbeteren. Ik denk daarbij niet alleen aan de instellingen zelf, maar ook aan alle betrokken beroeps- en brancheorganisaties.

Dr. J.A.M.M. van Diemen-Steenvoorde,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

Sinds 2010 is de instroom van patiënten in een hartrevalidatieprogramma toegenomen, maar dit is naar het oordeel van de inspectie nog onvoldoende. Daarnaast hebben bijna alle instellingen de naleving van de richtlijn Hartrevalidatie verbeterd, maar heeft de helft de leefstijlbegeleiding als onderdeel van de revalidatie nog onvoldoende geborgd.

In een eerder onderzoek dat de inspectie voor de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) 2012; *Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen* heeft uitgevoerd, constateerde zij dat in 2009 de instroom van patiënten in een hartrevalidatieprogramma te laag is, de uitvoering van het programma gericht op de leefstijlbegeleiding onvoldoende is en de gegevensverzameling beter moet.

Hartrevalidatie heeft een groot effect op de prognose van hartpatiënten. Naast een goede leefstijlbegeleiding is de deelname aan het hartrevalidatieprogramma medebepalend voor de prognose. Deelname aan een hartrevalidatieprogramma verkleint de kans op overlijden met 32%. Jaarlijks worden bijna 90.000 patiënten met coronaire hartziekten, inclusief een hartinfarct, opgenomen in een ziekenhuis. Deze patiëntengroep is een van de groepen die veelal in aanmerking komen voor hartrevalidatie.

Eind 2012 heeft de inspectie opnieuw getoetst of alle hartrevalidatieprogramma's de richtlijn Hartrevalidatie naleven en of de instroom van patiënten is toegenomen. Tussen december 2012 en juni 2013 heeft de inspectie het vervolgonderzoek uitgevoerd met een digitale vragenlijst bij instellingen met een hartrevalidatieprogramma (76 ziekenhuizen en 9 revalidatiecentra) en 14 ziekenhuizen zonder hartrevalidatieprogramma.

Uit het vervolgonderzoek blijkt dat de instroom van geïndiceerde patiënten met een doorgemaakt hartinfarct bij ziekenhuizen met een eigen hartrevalidatieprogramma is toegenomen van 57% in 2009 naar 64% in 2012. De verwijspercentages van ziekenhuizen zonder hartrevalidatieprogramma zijn ook gestegen van 66% in 2010 naar 70% in 2012. Niet elke geïndiceerde patiënt wil of kan deelnemen aan een dergelijk programma. Het is dan ook niet reëel de norm op 100% te stellen. Welk percentage het wel moet zijn, is niet vastgesteld, maar de inspectie vindt het gemiddelde nu nog te laag.

De inspectie constateert ook dat bijna alle instellingen met een hartrevalidatieprogramma het programma hebben verbeterd. Vooral de registratie van leefstijl in het individuele dossier en de gegevensverzameling op geaggregeerd niveau zijn aanzienlijk verbeterd. Het aanbieden van leefstijlbegeleiding aan alle geïndiceerde patiënten en de daadwerkelijke deelname aan programma's om te stoppen met roken en af te vallen is onvoldoende toegenomen. Naast de richtlijn Hartrevalidatie zijn specifieke richtlijnen gericht op deze begeleiding zoals de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' en richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen' leidend.

In totaal had 18% van de instellingen hun hartrevalidatieprogramma op orde. De inspectie legt de zeventig instellingen die niet alle onderdelen op orde hadden corrigerende maatregelen op en vraagt vóór 2014 maatregelen te nemen om de zorg te verbeteren. De elf laagst scorende instellingen moeten tevens vóór 1 januari 2014 aan de inspectie rapporteren welke maatregelen zij hebben getroffen.

Daarnaast is de inspectie niet tevreden over de geringe groei van deelnemers aan het programma vanwege de risico's op gezondheidschade. De inspectie blijft de ontwikkelingen van de instroom in hartrevalidatieprogramma's volgen en aan de orde stellen via een kwaliteitsindicator in de basisset ziekenhuizen 2014.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Voor hartpatiënten is een gezonde leefstijl van groot belang. Stoppen met roken, voldoende bewegen en een gezond gewicht bepalen voor een belangrijk deel het risicoprofiel en de prognose van deze groep. Maar ondanks het aangetoonde belang van de gezonde leefstijl rookt nog 15% van de hartpatiënten en is nog bijna 80% te zwaar[1].

Juist patiënten met een doorgemaakt hartinfarct moeten in het kader van hartrevalidatie gewezen worden op het belang van een gezonde leefstijl. Door voor deze kwetsbare groep binnen het hartrevalidatieprogramma aandacht te hebben voor een gezonde leefstijl kan recidive voorkomen worden en de kwaliteit van leven van de patiënt verbeteren[2]. Recent onderzoek onder 36.000 Nederlandse hartpatiënten onderstreept het belang van hartrevalidatie. In de periode 2007-2010 hadden hartpatiënten, die een hartrevalidatieprogramma volgden, 32% minder kans om vroegtijdig te overlijden ten opzichte van vergelijkbare patiënten die geen hartrevalidatie hadden gehad[3].

Volgens de richtlijn Hartrevalidatie uit 2004 en de geactualiseerde versie uit 2011 moet er in het revalidatieprogramma bij patiënten die roken, overgewicht hebben of lichamelijke inactief zijn extra aandacht worden besteed aan verbetering van de leefstijl[5].De richtlijn omschrijft in de behandelmodules onderdelen die een gezonde leefstijl bevorderen. De bijbehorende Beslisboom poliklinische indicatiestelling hartrevalidatie uit 2010 helpt bij het vaststellen van risicofactoren, revalidatiedoelen en de keuze voor de in te zetten revalidatieactiviteiten voor de individuele patiënt, vastgelegd in een individueel behandelplan[6].

Volgens de richtlijn Hartrevalidatie en de Beslisboom moet de cardioloog ten minste de onderstaande diagnosegroepen doorverwijzen naar hartrevalidatie:

- Patiënten met een acuut coronair syndroom (ACS), dat acuut myocardinfarct (AMI) en instabiele angina pectoris (IAP) omvat.
- Patiënten met stabiele angina pectoris (SAP).
- Patiënten die een Percutane Coronaire Interventie (PCI) hebben ondergaan.
- Patiënten die een omleidingsoperatie (Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)) hebben gehad.

Daarnaast zijn er nog andere diagnosegroepen waarbij hartrevalidatie is geïndiceerd. Relatieve contra-indicaties voor het volgen van een hartrevalidatieprogramma bestaan bij patiënten die zich in een instabiele medische fase bevinden of bij patiënten die onvoldoende gemotiveerd zijn en die ook niet overtuigd kunnen worden van het belang van hartrevalidatie.

Sterftereductie

In Nederland was het totaal aantal ziekenhuisopnames voor alle hart- en vaatziekten 395.051 in 2011. Het aantal ziekenhuisopnames van patiënten met coronaire hartziekten was 88.583 (waarvan 28.494 patiënten met een hartinfarct)[7]. Deze patiëntengroep met coronaire hartziekten komt veelal in aanmerking voor hartrevalidatie. Coronaire hartziekten worden veroorzaakt door vernauwingen van kransslagaders. De belangrijkste ziektebeelden zijn hartinfarct en angina pectoris.

Ervan uitgaande dat deelname aan een hartrevalidatieprogramma de kans op overlijden met 32% vermindert [3,4], gaat het jaarlijks naar schatting om enkele

honderden vroegtijdige sterfgevallen in Nederland die voorkomen hadden kunnen worden.

Eerder onderzoek
De Hartstichting heeft in 2003 het aanbod van hartrevalidatie geïnventariseerd. Uit dit onderzoek bleek dat hartrevalidatiecentra zich bewust zijn van hun taak om in het revalidatieprogramma de behandeling van tabaksverslaving en de aanpak van overgewicht en lichamelijke inactiviteit op te nemen. Toch bleek dat inventarisatie van leefstijlfactoren en de begeleiding naar een gezonde leefstijl vaak geen onderdeel waren van de revalidatieprogramma's[8]. Volgens een onderzoek uit 2006 naar de digitale ondersteuning met het Cardiac Rehabilitation Support System (CARDSS) boden de instellingen hartrevalidatie niet altijd volgens de richtlijn aan[9]. Uit een ander onderzoek bleek dat in 2007 minder dan een derde van de geïndiceerde patiënten hartrevalidatie kreeg [10].

In wetenschappelijk onderzoek onder 21 Nederlandse hartrevalidatie-instellingen is aangetoond dat het werken met elektronische beslissingsondersteuning voor hartrevalidatie effectief is voor het beter naleven van de richtlijnen voor het vaststellen van een therapieplan op maat[9]. Momenteel gebruiken meerdere instellingen deze ICT-ondersteuning (CARDSS). Dit kan instellingen ondersteunen bij een betere implementatie en naleving van de richtlijnen.

Doel inspectieonderzoek: betere naleving, minder risico's op gezondheidsschade.
Gezien de schadelijke effecten van roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit op hart- en vaatziekten en de voor de hand liggende mogelijkheden om hier tijdens hartrevalidatie aandacht aan te besteden, heeft de inspectie besloten toezicht te houden op leefstijlbegeleiding tijdens hartrevalidatieprogramma's.

In 2010 onderzocht de inspectie bij alle ziekenhuizen en revalidatiecentra met een hartrevalidatieprogramma in hoeverre bevordering van een gezonde leefstijl ingebed was in het programma. Daaruit bleek dat in 2009 circa de helft van de patiënten na een hartinfarct een hartrevalidatieprogramma had gevolgd, terwijl de richtlijn Hartrevalidatie voorschrijft dat cardiologen alle geïndiceerde patiënten moeten doorverwijzen. De gezondheidswinst voor mensen na een hartinfarct bleef achter bij wat mogelijk en wenselijk is omdat instellingen de richtlijn onvoldoende naleefden. Patiënten die wel een hartrevalidatieprogramma volgden, kregen vaak niet de juiste ondersteuning om hun leefstijl te veranderen. In 2010 ontbrak nog bij veel programma's de systematische aandacht voor een gezonde leefstijl bij elke patiënt en adequate ondersteuning ter verbetering van een gezonde leefstijl.
Instellingen inventariseerden het risicogedrag van hun patiënten meestal niet. Zij stimuleerden patiënten onvoldoende om mee te doen aan concrete activiteiten om te stoppen met roken en af te vallen, zoals de richtlijn voorschrijft. Instellingen stimuleerden patiënten wel om meer te bewegen. Aggregatie van gegevens over de resultaten van het programma op groepsniveau gebeurde in 2010 nog te weinig. Alleen dan kunnen instellingen de effecten van de hartrevalidatie vastleggen, bijsturen en verbeteren. Evaluatie en zelfreflectie op behaalde resultaten hoort onderdeel te zijn van professioneel handelen en vormt een belangrijk onderdeel van de kwaliteitscyclus.

De inspectie verwachtte dat de instellingen de hartrevalidatie maart 2012 op orde zouden hebben. De resultaten van het onderzoek van 2010 staan in de Staat van de Gezondheidszorg 2012; *Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen* [11]. Daarin kondigde de inspectie aan dat zij eind 2012 ging toetsen of alle hartrevalidatieprogramma's voldoen aan de gestelde voorwaarden van verantwoorde zorg voor leefstijlbegeleiding volgens de richtlijn Hartrevalidatie.

Met dit vervolgonderzoek wil de inspectie de naleving van de richtlijn Hartrevalidatie, in het bijzonder de leefstijlbegeleiding, verbeteren en de instroom van patiënten in hartrevalidatieprogramma's verhogen om zo de risico's op gezondheidsschade en de vermijdbare sterfte te verminderen.

1.2 Onderzoeksvragen

1. Is de instroom van patienten in hartrevalidatieprogramma's voldoende toegenomen?
2. Leven instellingen de richtlijn Hartrevalidatie voldoende na, in het bijzonder de begeleiding naar een gezonde leefstijl (stoppen met roken, afvallen en lichamelijke activiteit)?

1.3 Onderzoeksmethode en -periode

In dit vervolgonderzoek is de respons 100%. In totaal hebben 76 ziekenhuizen en 9 revalidatiecentra met een hartrevalidatieprogramma en 14 ziekenhuizen zonder hartrevalidatieprogramma aan het onderzoek deelgenomen.

De inspectie heeft de instellingen met een hartrevalidatieprogramma (76 ziekenhuizen en 9 revalidatiecentra) gevraagd in de periode tussen 14 december 2012 en 14 maart 2013 een interne audit uit te voeren naar de implementatie van de richtlijn Hartrevalidatie. Voor het opvragen van de resultaten van deze interne audit heeft de inspectie een format opgesteld. Het toetsingkader is hiervoor de basis. De inspectie heeft ook cijfermatige informatie opgevraagd over de instroom van patiënten in het hartrevalidatieprogramma en het aanbieden en deelnemen aan leefstijlprogramma's. Bij de vragen over de instroom gaat het om het aantal patiënten met een doorgemaakt hartinfarct dat is gestart met hartrevalidatie ten opzichte van het aantal opgenomen patiënten met een hartinfarct.

De betrokken instellingen hebben hun resultaten van de interne audit en de cijfermatige informatie via een digitale vragenlijst aangeleverd. Indien de instellingen van mening waren dat een bepaald onderdeel 'afwezig' of 'aanwezig' scoorde, waren zij verplicht een toelichting te geven. Indien zij 'operationeel' of 'geborgd' scoorden, konden de instellingen vrijblijvend een toelichting geven. De inspectie acht het onderdeel voldoende wanneer 'operationeel 'of 'geborgd' is gescoord.

Voorafgaand aan het uitzetten van de digitale vragenlijst heeft de inspectie de vragenlijst getest door een pilot uit te voeren bij één instelling. De inspectie beoordeelde de interne audits en de extra informatie in de periode tussen maart en juni 2013. Op basis van de toelichtingen bij de interne audit heeft de inspectie 10% van de scores (168) aangepast en dit weer voorgelegd aan de instelling door een conceptrapport te sturen, waarin de wijzigingen met argumentatie staan vermeld. Ter verificatie van de resultaten van de interne audit heeft de inspectie in mei 2013 twee instellingen bezocht.

Om een volledig beeld te krijgen over de deelname aan hartrevalidatieprogramma's heeft de inspectie, in tegenstelling tot het onderzoek in 2010, ook in februari 2013 een paar vragen over de doorverwijzing naar hartrevalidatie gesteld aan ziekenhuizen die zelf geen hartrevalidatieprogramma op locatie hebben. Dit percentage is niet hetzelfde als het instroompercentage omdat bij doorverwezen patiënten niet bekend is of zij ook daadwerkelijke starten met hartrevalidatie.

Bij de instroom- en verwijspercentages heeft de inspectie uit praktische overwegingen gevraagd naar één specifieke patiëntengroep die altijd geïndiceerd is voor hartrevalidatie, namelijk patiënten met een doorgemaakt hartinfarct.

Elke instelling heeft de mogelijkheid gekregen om te reageren op feitelijke onjuistheden in het concept rapport. Hiervan hebben vijftig instellingen met een hartrevalidatieprogramma en vijf instellingen zonder programma gebruikgemaakt. De reacties heeft de inspectie meegenomen in het definitieve rapport van de instelling.

In bijlage 1 staan de namen van instellingen vermeld. Daar staat tevens vermeld op hoeveel onderdelen van het toetsingkader de instellingen voldoende scoorden.

De inspectie heeft de onderzoeksresultaten van het onderzoek van 2009 en het onderzoek van 2013 met elkaar vergeleken en houdt er bij de interpretatie van de resultaten rekening mee dat de methode (vragenlijst versus audit) iets anders is en het toetsingskader op bepaalde onderdelen is aangepast.

In bijlage 2 staat een aantal methodologische aandachtspunten beschreven.

1.4 Toetsingkader

Het gehanteerde toetsingkader bestaat uit twintig onderdelen. De eerste negentien onderdelen zijn elementen uit de richtlijn Hartrevalidatie gericht op de leefstijlbegeleiding en randvoorwaarden voor een structurele toepassing van de richtlijn. Het twintigste onderdeel is inventariserend van aard en heeft betrekking op het verwijssysteem.

Dit toetsingkader wijkt iets af van het toetsingkader dat de inspectie tijdens het onderzoek van 2010 heeft gebruikt. In overleg met de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) heeft de inspectie een aantal onderdelen bijgesteld, vooral de daadwerkelijke deelname aan interventies om de leefstijl te veranderen. Het volledige toetsingkader, een uitleg van de wijzigingen en de aanvullende vragen staan in bijlage 3.

2 Conclusies

2.1 Instroom hartrevalidatieprogramma na hartinfarct toegenomen, maar nog niet hoog genoeg

In de richtlijn Hartrevalidatie staat duidelijk omschreven welke patiëntengroepen geïndiceerd zijn om mee te doen aan een hartrevalidatieprogramma. Eén groep betreft patiënten met een doorgemaakt hartinfarct. De instroom van deze patiëntengroep is bij ziekenhuizen met hartrevalidatieprogramma sinds 2009 toegenomen van 57% naar 64% in 2012. Het verwijspercentage naar een programma door ziekenhuizen die zelf geen hartrevalidatieprogramma op locatie hebben, is ook toegenomen van 66% in 2010 naar 70% in 2012.

Ondanks dat bijna alle ziekenhuizen en revalidatiecentra zich systematisch inspannen om de instroom van patiënten te verhogen, volgt een groot deel van de patiënten nog steeds geen hartrevalidatieprogramma, terwijl zij wel geïndiceerd zijn. Mede daardoor blijft de gezondheidswinst van deze patiënten achter bij wat mogelijk en wenselijk is. De inspectie constateert te weinig vooruitgang en vindt de instroom van patiënten in hartrevalidatieprogramma’s onvoldoende.

2.2 Hartrevalidatieprogramma’s verbeterd, maar leefstijlbegeleiding nog onvoldoende geborgd

2.2.1 Programma verbeterd

Sinds 2009 hebben bijna alle instellingen het hartrevalidatieprogramma verbeterd. In 2013 heeft 18% van de instellingen het programma volgens de richtlijn Hartrevalidatie en de randvoorwaarden geïmplementeerd. De andere 82% heeft het programma niet volledig geïmplementeerd, waarvan elf instellingen nog een groot aantal onderdelen onvoldoende geregeld hebben.

2.2.2 Vooral betere gegevensverzameling en registratie

Sinds 2010 hebben de instellingen de gegevensverzameling op geaggregeerd niveau en de registratie van de leefstijl in het individuele dossier aanzienlijk verbeterd.
De aanzienlijke verbetering van de leefstijlregistratie in het individuele dossier is een belangrijke stap om als instelling te zorgen dat de patiënt ook geïndiceerd wordt voor leefstijlbegeleiding.

2.2.3 Leefstijlbegeleiding nog onvoldoende gevolgd

Het aanbieden van leefstijlbegeleiding en de daadwerkelijke deelname daaraan door geïndiceerde patiënten is nog niet genoeg verbeterd. De begeleiding om meer te bewegen was en is het beste geïmplementeerd. Maar de begeleiding voor het stoppen met roken en om af te vallen blijft nog steeds achter, zowel wat betreft de deelname aan de groepsbijeenkomsten als de individuele begeleiding. De helft van de instellingen scoort hierop onvoldoende ondanks dat in dit vervolgonderzoek de normen voor deelname aan leefstijlbegeleiding naar beneden zijn bijgesteld.

De inspectie realiseert zich dat het lastig is om patiënten te motiveren hun leefstijl te veranderen, maar juist een *life event* zoals een hartinfarct is het moment dat een patiënt openstaat voor gedragsverandering en begeleiding zeer effectief kan zijn. Het is de uitdaging om de patiënt daadwerkelijk zover te krijgen om op dat moment iets aan zijn leefstijl te doen en hem daarbij goed te begeleiden.

De inspectie ziet dat de instellingen een verbetertraject hebben ingezet. Een verdere inspanning blijft nodig om de naleving van de richtlijn Hartrevalidatie op orde te

krijgen. De inspectie vindt de rol en opvatting van de cardioloog daarbij cruciaal. De cardioloog bepaalt in belangrijke mate het slagen van het programma omdat deze verantwoordelijk is voor de indicatiestelling, een belangrijke rol speelt in het team en bij de motivatie van de patiënt voor leefstijlverandering.

3 Handhaving

3.1 Maatregelen

De inspectie legt bij de zeventig instellingen die het programma niet op orde hadden corrigerende maatregelen op: zij vraagt hen vóór 2014 maatregelen te nemen om de zorg te verbeteren. De elf laagst scorende instellingen moeten tevens vóór 1 januari 2014 aan de inspectie rapporteren welke maatregelen zij hebben getroffen.

De vragen over de instroom heeft de inspectie inventariserend gesteld en legt instellingen daarom nu geen maatregelen op. De risico's op gezondheidsschade vindt de inspectie dusdanig dat zij de ontwikkelingen bij de instroom in hartrevalidatie-programma's wil blijven volgen. Daarom heeft zij in samenspraak met het veld een kwaliteitsindicator opgenomen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2014[12]. Vanaf 2015 komt informatie over deze indicator beschikbaar en zal de inspectie daarop terugkomen tijdens de jaargesprekken als daar een indicatie voor is.

3.2 Aanbevelingen

De inspectie beveelt de instellingen aan om het programma daar waar nodig te verbeteren en de instroom van patiënten te verhogen.

De inspectie erkent het dilemma van verwijzing naar hartrevalidatie en aanbieden van bijhorende leefstijlbegeleiding versus de eigen keuze van de patiënt.
Toch vindt zij het van groot belang dat de cardioloog de geïndiceerde patiënt altijd doorverwijst naar hartrevalidatie en samen met het revalidatieteam patiënten beter motiveert om deel te nemen aan leefstijlbegeleiding.

In plaats van door te verwijzen naar een diëtist of huisarts zou het de voorkeur verdienen als instellingen de begeleiding zelf aanbieden. Motiveren en begeleiden van de leefstijlverandering is een integraal onderdeel van het programma. Gebruikmaken van nicotinevervangende medicatie moet hierbij niet uit de weg worden gegaan. De specifieke richtlijnen gericht op deze begeleiding zoals de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'[14]en richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen'[14]zijn daarvoor leidend.

Om de instroom van patiënten in hartrevalidatieprogramma's te verhogen adviseert de inspectie de instellingen om de verwijzing naar hartrevalidatie op te nemen in de cardiologische zorgpaden, zoals een zorgpad Acute Coronaire Syndromen (ACS), zodat indicatiestelling een vast onderdeel wordt van de zorg. Daarnaast adviseert de inspectie instellingen gebruik te maken van een beslissingsondersteuningssysteem (bijvoorbeeld CARDSS) bij alle patiënten die in aanmerkingen komen voor hart-revalidatie, ten einde tot een adequate indicatiestelling per patiënt te komen en registratie en evaluatie van de uitkomsten tot een standaard onderdeel te maken in het kader van de kwaliteitscyclus.

3.3 Vervolgacties inspectie

De inspectie blijft de instroom van patiënten in een hartrevalidatieprogramma ook in de toekomst volgen en aan de orde stellen via de indicator 'Hartrevalidatie na een ST-elevatie myocardinfarct' in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2014[12]. Daarnaast zal de inspectie op enig moment toetsen of de instellingen de maatregelen daadwerkelijk hebben uitgevoerd.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van het onderzoek. Het eerste deel geeft inzicht in de instroom van patiënten in het hartrevalidatieprogramma over de periode 2009 t/m 2012. Het tweede deel beschrijft de kwaliteit van het hartrevalidatieprogramma.

De inspectie heeft daarbij de onderzoeksresultaten van het onderzoek van 2009 en het onderzoek van 2013 met elkaar vergeleken en houdt er bij de interpretatie van de resultaten rekening mee dat de methode (vragenlijst versus audit) iets anders was en het toetsingskader op onderdelen naar beneden is bijgesteld.

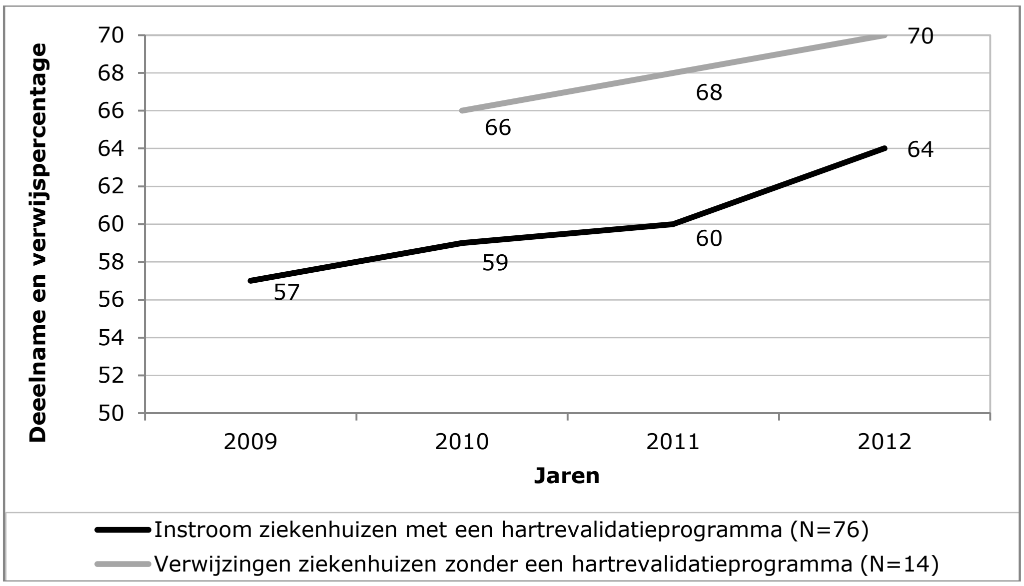
Alle onderdelen die de inspectie beoordeelt, hebben een score 'afwezig', 'aanwezig', 'operationeel' of 'geborgd. De inspectie beoordeelt 'afwezig' en 'aanwezig' als onvoldoende en 'operationeel' of 'geborgd' als voldoende. De inspectie beschouwt een onderwerp verbeterd als het van onvoldoende naar voldoende is gegaan.

4.1 Toename instroom- en verwijspercentage sinds 2009, maar onder 70%

De inspectie had bij ziekenhuizen met een eigen hartrevalidatieprogramma gevraagd naar het instroompercentage van patiënten in het programma en bij ziekenhuizen zonder een hartrevalidatieprogramma gevraagd naar het verwijs-percentage.

In 2012 namen vanuit ziekenhuizen met een hartrevalidatieprogramma circa 18.000 opgenomen patiënten met een doorgemaakt hartinfarct deel aan het hartrevalidatie-programma. Tussen 2009 en 2012 steeg het instroompercentage van 57% naar 64% (zie figuur 1).

In 2012 verwezen ziekenhuizen zonder hartrevalidatieprogramma circa 2.000 patiënten met een doorgemaakt hartinfarct door naar een hartrevalidatieprogramma. Tussen 2010 en 2012 was het percentage doorverwijzingen toegenomen van 66% naar 70%.



Figuur 1: Gemiddelde instroom- en verwijspercentage in/naar het hartrevalidatie-programma

4.1.1 *Grote variatie in instroompercentages bij ziekenhuizen met hartrevalidatie*

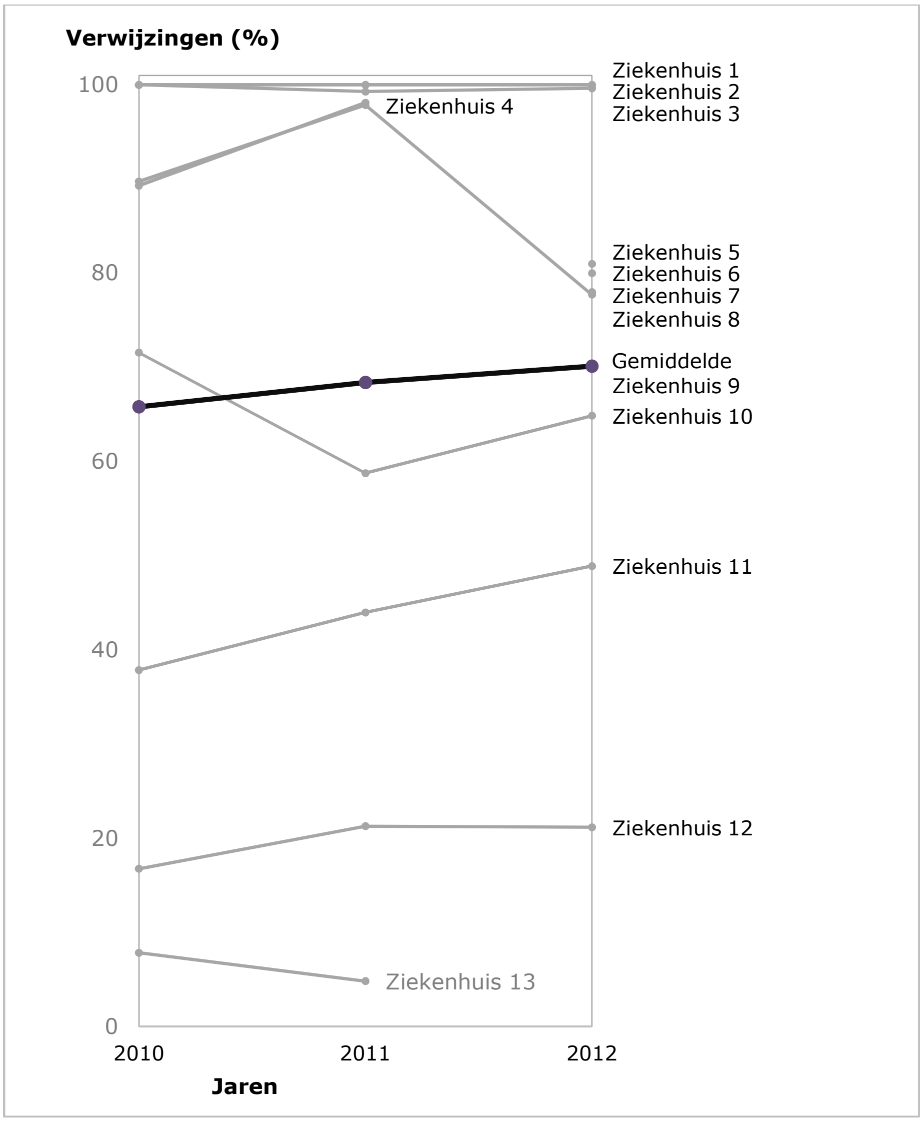
De variatie tussen ziekenhuizen met een hartrevalidatieprogramma (n=76) was groot. In de afgelopen vier jaar (2009, 2010, 2011 en 2012) was het instroompercentage van patiënten bij 32% van de ziekenhuizen gestegen, bij 8% gelijk gebleven, bij 43% wisselend, bij 16% gedaald en bij 1% niet bekend over alle jaren.

Er zijn ook een paar uitschieters met een zeer laag instroompercentage van patiënten. In 2009 zijn dat twee, in 2010 vier, in 2011 drie en in 2012 vier ziekenhuizen. In deze ziekenhuizen startten tussen de 11% en 30% van de patiënten met hartrevalidatie. Dit waren ziekenhuizen die een dotterbehandeling verrichtten en aansluitend veel patiënten voor nazorg na dotterbehandeling en hartrevalidatie overplaatsten naar een ziekenhuis in de regio van de patiënt.

4.1.2 *Ook grote variatie in verwijspercentage bij ziekenhuizen zonder hartrevalidatie*

Ook bij de ziekenhuizen zonder hartrevalidatieprogramma die alleen kunnen doorverwijzen (n=14), was een variatie tussen de ziekenhuizen te zien. Eén ziekenhuis was voor geen enkel jaar in staat om correcte gegevens aan te leveren. De resultaten van 13 ziekenhuizen staan in figuur 2.

Eén ziekenhuis gaf in de toelichting aan dat de cardioloog alleen patiënten doorverwees naar een hartrevalidatieprogramma indien de patiënt daar uitdrukkelijk om vroeg, terwijl in de richtlijn Hartrevalidatie en de beslisboom Poliklinische Indicatiestelling Hartrevalidatie staat vermeld dat patiënten met een doorgemaakt hartinfarct moeten worden doorverwezen. Twee ziekenhuizen gaven aan alle patiënten door te verwijzen.



Figuur 2: Verwijspercentage van ziekenhuizen zonder hartrevalidatieprogramma

4.1.3 *Verwijssysteem bij bijna elk ziekenhuis en hartrevalidatiecentrum*

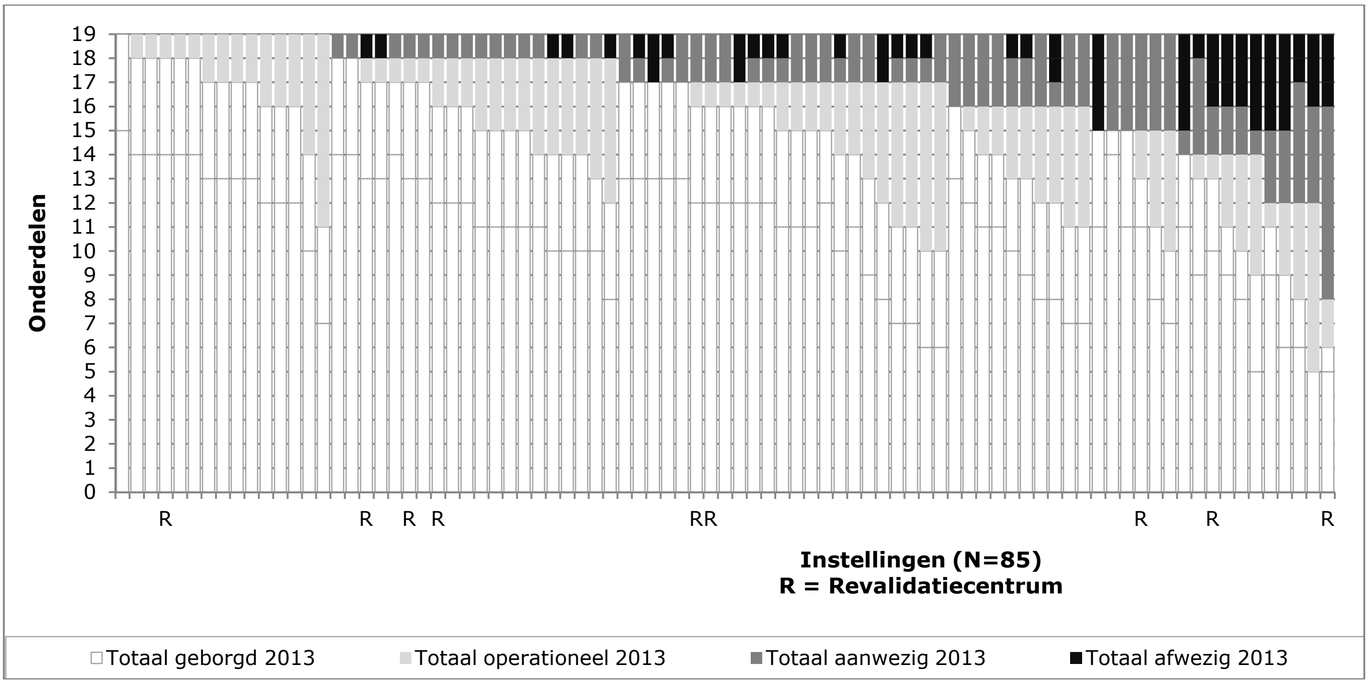
Om te zorgen voor een hoog instroompercentage van patiënten in de hartrevalidatie is het wenselijk dat in elke instelling de cardioloog geïndiceerde patiënten systematisch verwijst naar het hartrevalidatieprogramma en dat de coördinator systematisch indiceert.

Bij één van de 76 ziekenhuizen met een hartrevalidatieprogramma was geen systematische verwijzing en indicatiestelling aanwezig. Eén van de 15 ziekenhuizen zonder hartrevalidatieprogramma gaf aan ook geen systeem te hebben.

Eén van de negen revalidatiecentra had ook geen systeem om na te gaan hoe zij de instroom van patiënten in het programma kon verhogen. Zo hadden zij de resultaten van het individuele instellingsrapport van het vorige inspectieonderzoek nooit besproken met de verwijzende ziekenhuizen. Bij één revalidatiecentrum was dit niet bekend.

4.2 Verbetering hartrevalidatieprogramma bij bijna alle instellingen

In figuur 3 staat aangegeven hoe elke instelling in totaal scoorde op de 19 onderdelen van het toetsingskader van het hartrevalidatieprogramma. Uit deze figuur blijkt dat in 2013 18% (15 instellingen, helemaal links in de figuur) op alle 19 onderdelen voldoende had gescoord. De zeventig andere instellingen scoorden niet op alle 19 onderdelen voldoende. Daarvan scoorden 59 instellingen op 1 tot 4 onderdelen onvoldoende. De elf laagst scorende instellingen (13%, helemaal rechts in de figuur) scoorden op 5 tot 11 onderdelen onvoldoende. Er was geen verschil in score tussen de ziekenhuizen en de revalidatiecentra. In bijlage 1 staat per instelling aangeven op hoeveel onderdelen de instellingen voldoende scoorden.



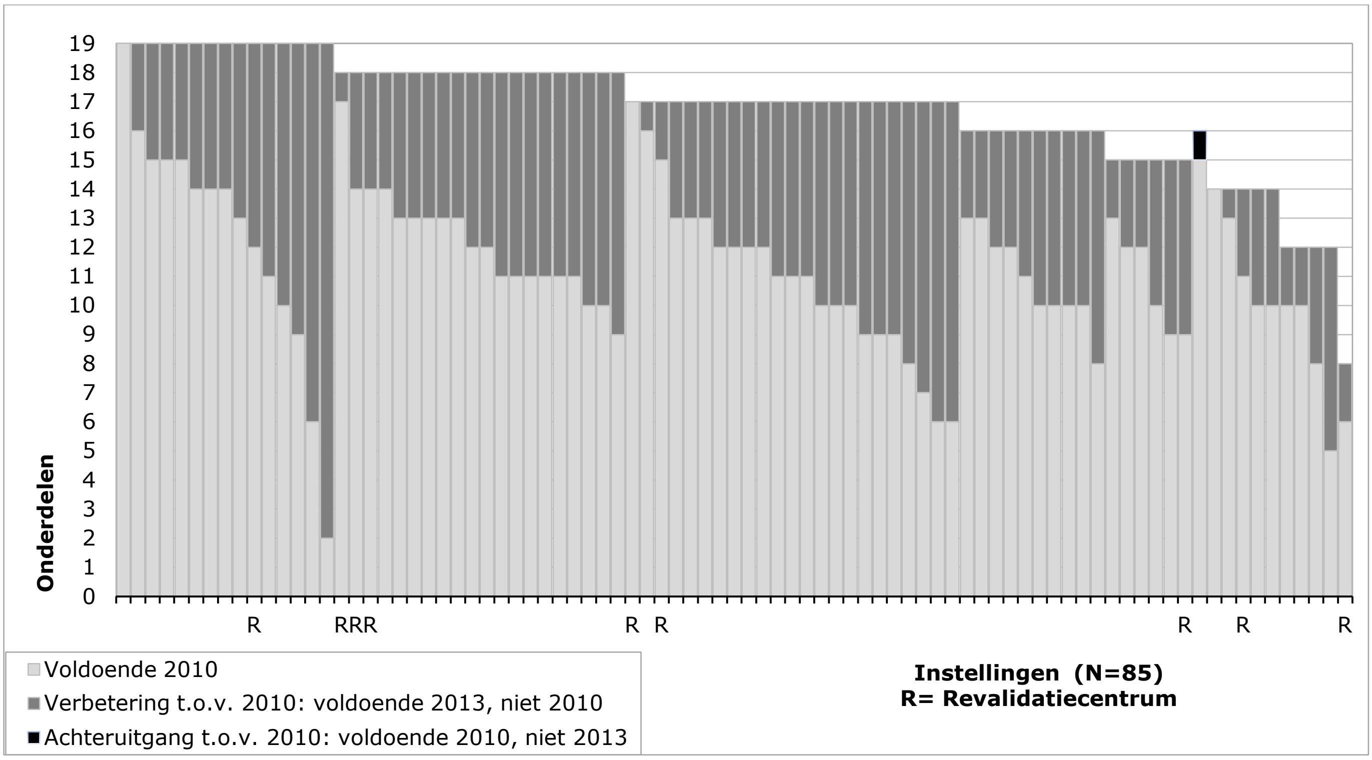
Figuur 3: Totaalscore van het aantal onderdelen per instelling in 2013[a]

In figuur 4 is de verbetering ten opzichte van 2010 zichtbaar. Vergeleken met 2010 hadden bijna alle ziekenhuizen en revalidatiecentra hun hartrevalidatieprogramma verbeterd. In deze figuur staat per instelling aangegeven hoeveel voldoendes de instelling had in 2010 en in 2013. Daardoor wordt zichtbaar of de instelling in 2013 hoger of lager scoorde dan in 2010. Uit de figuur blijkt dat 95% (81 instellingen) in 2013 op meer onderdelen voldoende (operationeel of geborgd) scoorde dan in 2010. Drie instellingen scoorden in 2010 en 2013 op hetzelfde aantal onderdelen voldoende: één van die drie instellingen scoorde zowel in 2010 als in 2013 op alle onderdelen voldoende, dus kon niet meer verbeteren. De vierde instelling scoorde in 2013, met één voldoende minder, lager dan in 2010.

Gemiddeld verbeterden de instellingen zes onderdelen. Eén instelling verbeterde zelfs zeventien onderdelen en één instelling dertien onderdelen. De laagst scorende instelling van 2013 had in die periode vier onderdelen verbeterd.

---

a Let op: de gegevens van 2010 en 2013 zijn op iets andere wijze verzameld en het toetsingskader is op sommige onderdelen aangepast. Zie bijlage 3.



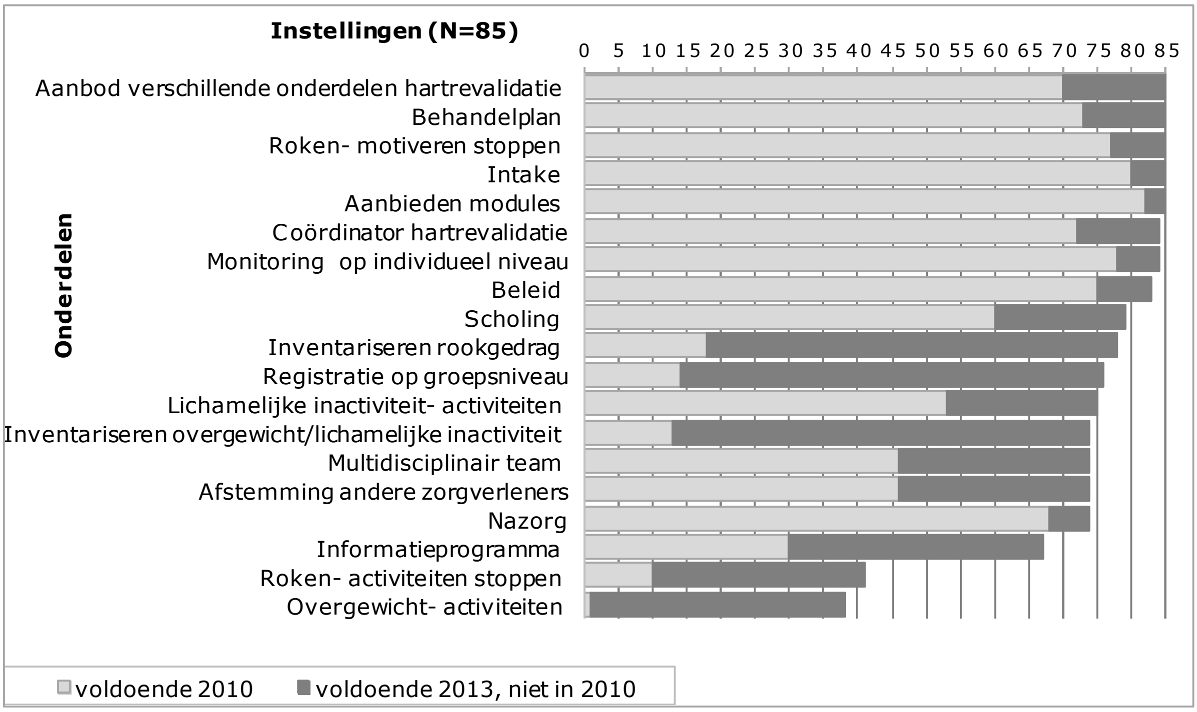
Figuur 4: Aantal voldoende onderdelen per instelling in 2013 ten opzichte van 2010[b]

4.3 Verbetering alle onderdelen van het hartrevalidatieprogramma

De instellingen gezamenlijk scoorden in 2013 meer voldoendes op alle onderdelen dan in 2010. In figuur 5 staat per onderdeel aangegeven hoe de instellingen scoorden in 2010 en is de verbetering van 2013 zichtbaar. Bovenaan de figuur staan de onderdelen met de meeste voldoendes en onderaan de onderdelen met de minste voldoendes in 2013.

De grootste verbeteringen waren op de onderdelen registratie op geaggregeerd niveau en het inventariseren van zowel het rookgedrag als het vastleggen van overgewicht/lichamelijke inactiviteit. Ondanks een duidelijke verbetering had circa de helft van de instellingen de activiteiten op het gebied van stoppen met roken en overgewicht niet op orde.

b Let op: de gegevens van 2010 en 2013 zijn op iets andere wijze verzameld en het toetsingskader is op sommige onderdelen aangepast. Zie bijlage 3.



Figuur 5: Aantal voldoendes per onderdeel in 2013 ten opzichte van 2010[c]

4.4 Bijna driekwart van onderdelen niet bij alle instellingen voldoende

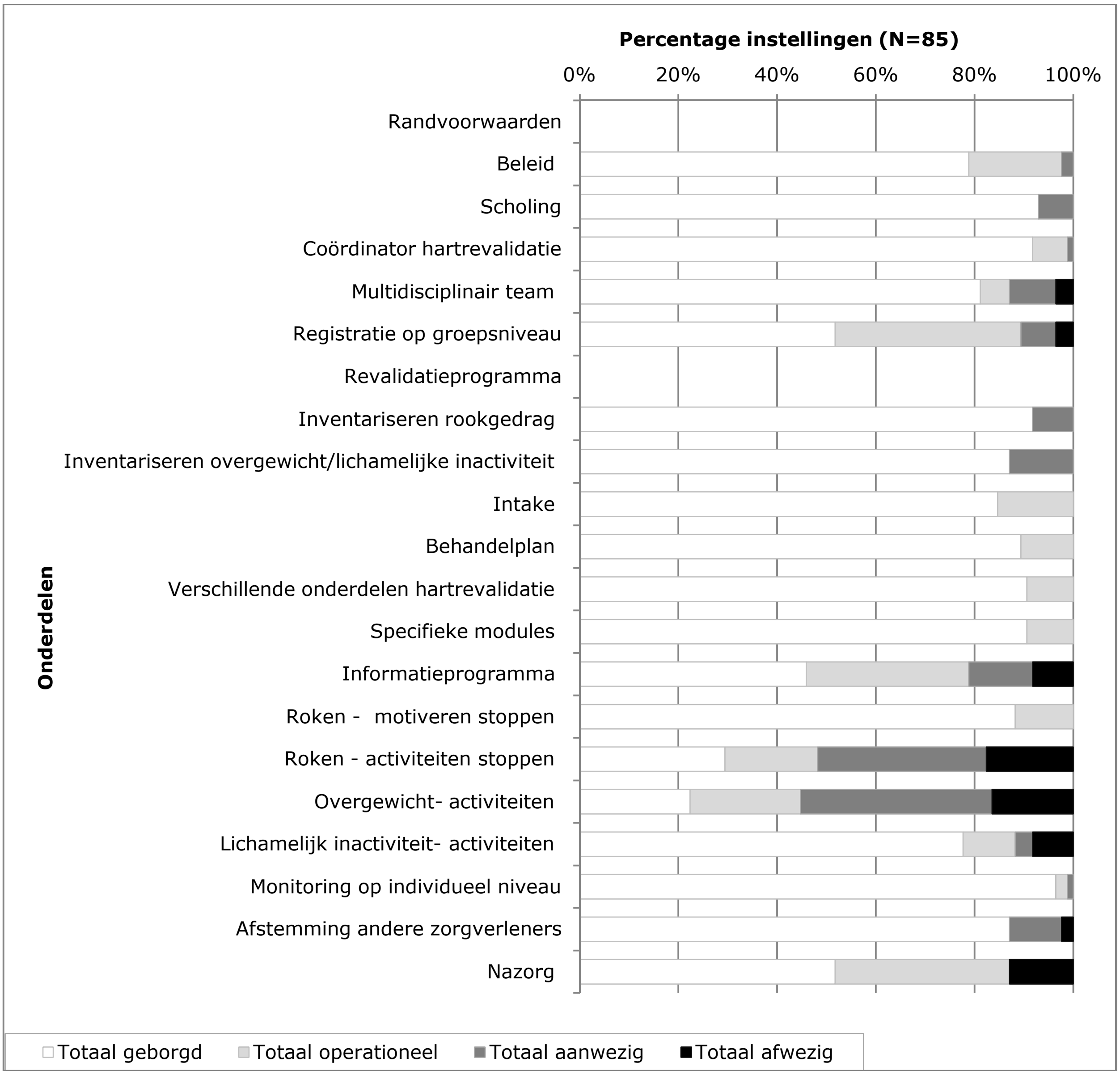
In figuur 6 staan van alle onderdelen de scores van 2013. Daaruit blijkt dat alle instellingen in 2013 de volgende 5 (van de 19) onderdelen op orde hadden:

1 Intake
2 Behandelplan
3 Onderdelen hartrevalidatie
4 Aanbieden modules
5 Motiveren stoppen met roken

Hoewel een duidelijke verbetering was te zien ten aanzien van 2010 scoorden bij 14 van de 19 onderdelen (74%) nog niet alle instellingen voldoende.

Het slechtst scoorden de instellingen op de onderdelen activiteiten om te begeleiden bij het stoppen met roken en activiteiten om overgewicht te reduceren.

c Let op: de gegevens van 2010 en 2013 zijn op iets andere wijze verzameld en het toetsingskader is op sommige onderdelen aangepast. Zie bijlage 3.



Figuur 6: Score van alle onderdelen in 2013

4.5 Per onderdeel verschil in score

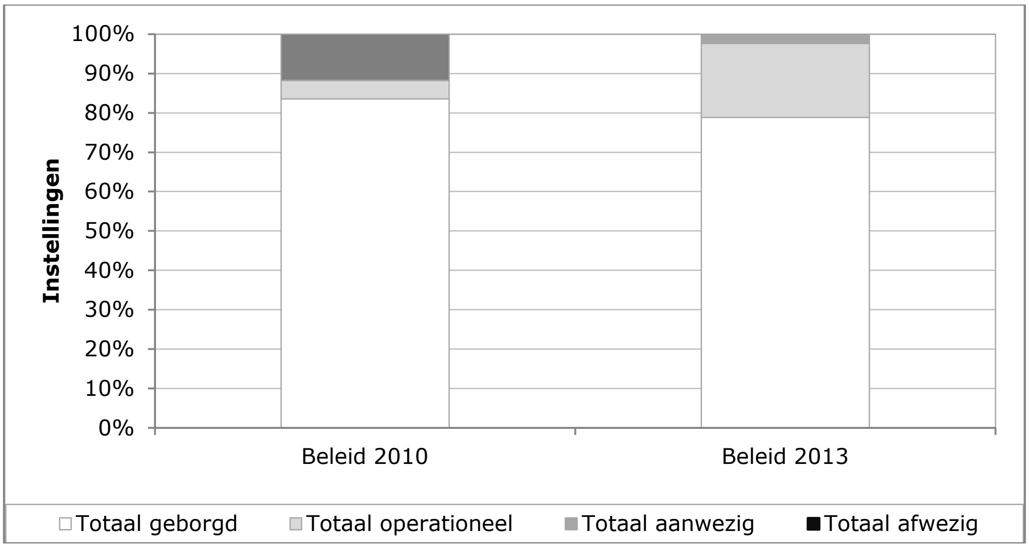
In de volgende paragrafen staat per beoordelingpunt aangegeven hoe de instellingen (76 ziekenhuizen en 9 revalidatiecentra) in 2010 en 2013 scoorden. Indien het gehanteerde toetsingkader was gewijzigd, staat dat vermeld.

Bij het invullen van de scores waren de instellingen verplicht om een toelichting te geven als zij onvoldoende scoorden. Dit was niet verplicht als de instelling voldoende scoorde. De toelichtingen zijn niet representatief voor alle ziekenhuizen en geven geen complete informatie weer, maar geven wel een indruk van wat in de instellingen speelde.

4.5.1 Vastgelegd beleid bij bijna alle instellingen

In 2013 scoorde 98% (83 instellingen) voldoende op het onderdeel beleid. Dit is een verbetering ten opzichte van 2010, toen 88% voldoende scoorde.

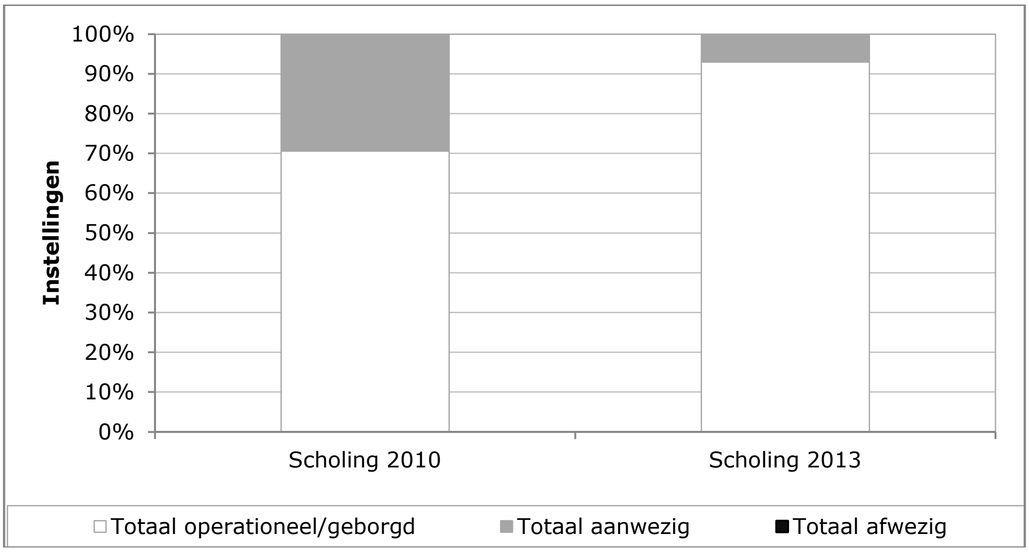
Zij hadden beleid vastgelegd voor leefstijl (stoppen-met-rokenbegeleiding, begeleiding bij overgewicht en lichamelijke inactiviteit) binnen het hartrevalidatie-programma. 67 instellingen evalueerden dit beleid minimaal jaarlijks en pasten het indien nodig aan.



Figuur 7: Score op onderdeel beleid in 2010 en 2013

4.5.2 *Zorgverleners geschoold bij meerderheid instellingen*

In 2013 scoorde 93% (79 instellingen) voldoende op het onderdeel scholing. Zij hadden alle zorgverleners in het hartrevalidatieprogramma geschoold. Dit is een duidelijke verbetering ten opzichte van 2010, toen 71% voldoende scoorde.

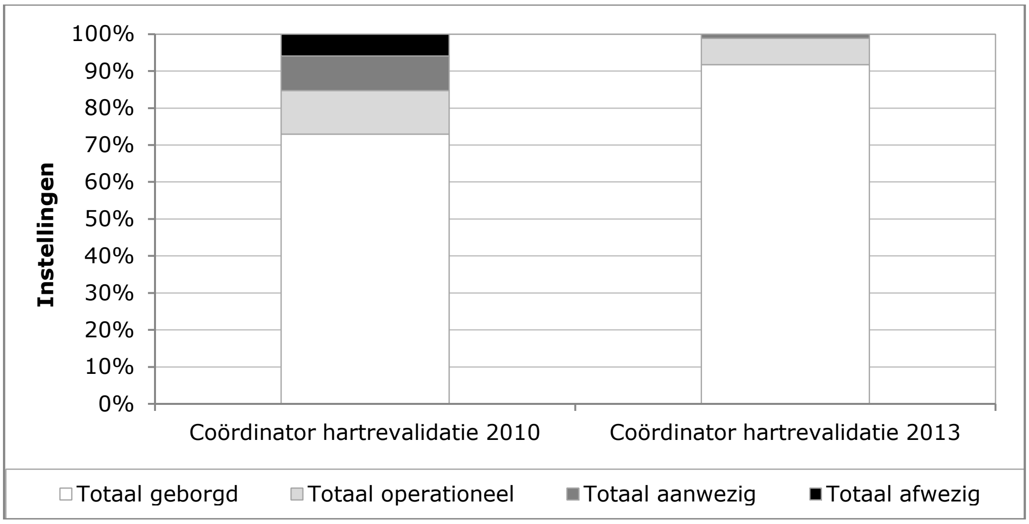


Figuur 8: Score op onderdeel scholing in 2010 en 2013

4.5.3 *Coördinator hartrevalidatie bij meerderheid instellingen*

In 2013 scoorde 99% (84 instellingen) voldoende op het onderdeel coördinator hart-revalidatie. Bij deze instellingen had de coördinator met elke patiënt een intake-gesprek om revalidatiedoelen te bepalen. Bij 78 instellingen bleef de coördinator gedurende de behandeling betrokken bij de patiënt.
Dit is een verbetering ten opzichte van 2010, toen 85% voldoende scoorde.

Uit de toelichtingen bleek dat diverse disciplines de functie van coördinator vervulden zoals een arts (vier keer), een fysiotherapeut of maatschappelijk werker (drie keer) dan wel een verpleegkundige of cardioconsulent (zes keer). Vier instellingen gaven ook aan dat meerdere personen de rol van hartrevalidatie-coördinator vervulden.

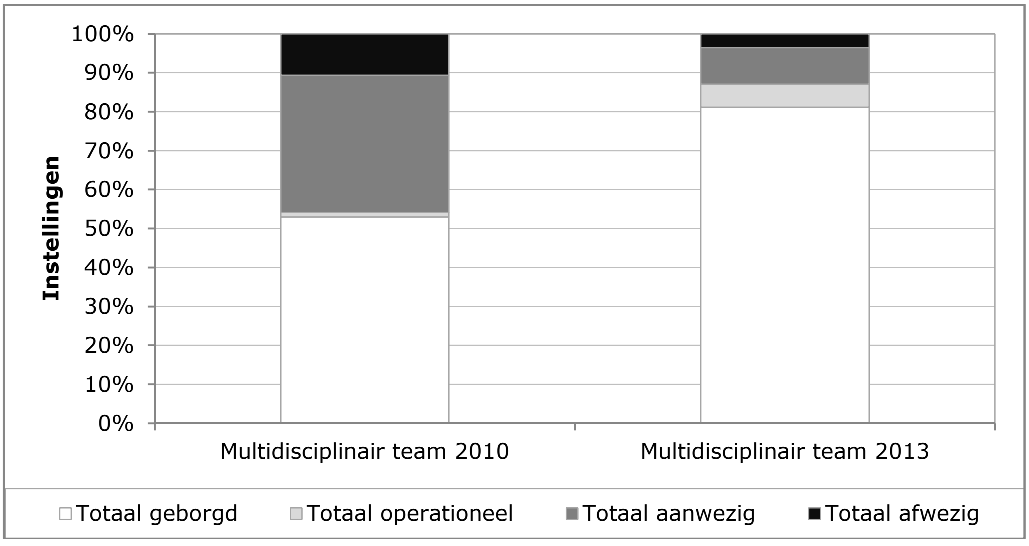


Figuur 9: Score op onderdeel coördinator hartrevalidatie in 2010 en 2013

4.5.4 *Multidisciplinair team bij meerderheid instellingen*

In 2013 scoorde 87% (74 instellingen) voldoende op het onderdeel multidisciplinair team. Bij deze instellingen bestond het hartrevalidatieteam uit minstens drie verschillende disciplines en was er een multidisciplinair overleg (MDO) waarin elke patiënt besproken werd. Bij 69 instellingen zat standaard een cardioloog in het team. Dit is een grote verbetering ten opzichte van 2010, toen 53% voldoende scoorde.

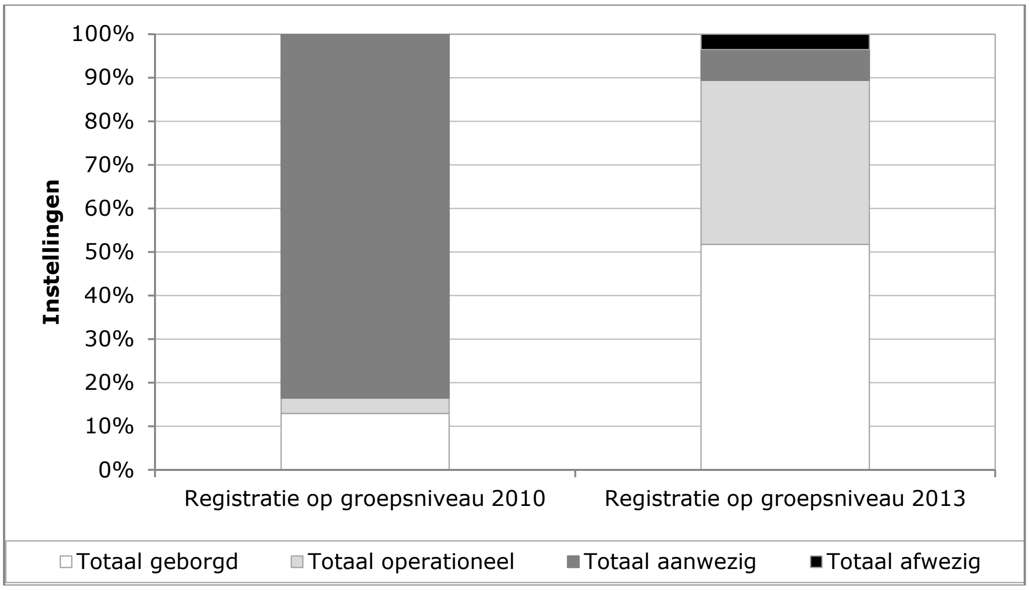
Vier instellingen hadden in de toelichting expliciet aangegeven dat het MDO niet elke week, maar tweewekelijks was. Twee instellingen gaven aan dat het MDO één keer per maand bij elkaar kwam. Eén instelling gaf aan dat de cardioloog geen noodzaak zag om elke patiënt te bespreken, terwijl de richtlijn dat wel voorschrijft.



Figuur 10: Score op onderdeel multidisciplinair team in 2010 en 2013

4.5.5 *Registratie geaggregeerd niveau veel beter, maar nog niet bij leefstijlbegeleiding*

In 2013 scoorde 89% (76 instellingen) voldoende op het onderdeel registratie op geaggregeerd niveau. Deze instellingen registreerden gegevens over het revalidatie-programma op geaggregeerd niveau. Daarbij ging het om gegevens op het gebied van het aantal patiënten dat aan het programma begint, het doorloopt, het afmaakt, specifieke modules/interventies ontving en het inventariseren van klinische uit-komstmaten. 44 instellingen gebruikten deze gegevens om het beleid te evalueren. Dit is een enorme verbetering ten opzichte van 2010, toen 17% voldoende scoorde. Het verbeteren van geaggregeerde gegevensverzameling is ook een aanbeveling in de SGZ 2012. Het verzamelen van deze informatie is van groot belang voor een goede kwaliteitscyclus. Instellingen kunnen met deze gegevens de effecten van de hartrevalidatie vastleggen en desgewenst bijsturen en daardoor verbeteren.



Figuur 11: Score op onderdeel registratie op geaggregeerd niveau in 2010 en 2013

Drie instellingen gaven een toelichting waarom zij geen (inhoudelijke) gegevens op geaggregeerd niveau konden registreren. Een instelling gaf aan dat zij dat niet uit het EPD konden halen. Een andere instelling kon dat niet uit CARDSS halen en een andere instelling had daarvoor geen geautomatiseerd systeem. Acht instellingen gaven expliciet aan dat zij CARDSS gebruikten en vijf instellingen gaven aan het te gaan gebruiken. Uit navraag bij het CARDSS- team bleek dat 21 instellingen het systeem gebruikten of dit jaar in gebruik gaan nemen.

Tijdens het onderzoek had de inspectie ook gevraagd naar geaggregeerde gegevens over activiteiten ter begeleiding van het stoppen met roken, het afvallen en meer bewegen. Daaruit bleek dat maar een beperkt deel van de instellingen in staat was om geaggregeerde gegevens over deze aspecten van het programma aan te leveren. Het ging bij de begeleiding bij het stoppen met roken en overgewicht om zowel groepsprogramma's als individuele begeleiding. In tabel 1 staat aangegeven hoeveel instellingen in staat waren om deze gegevens op basis van daadwerkelijke registratie aan te geven. Daaruit blijkt dat meer instellingen de deelname aan het informatieprogramma en beweegprogramma registreerden dan bij stoppen-met-rokenbegeleiding en de begeleiding tijdens het afvallen. Bij deze activiteiten (informatieprogramma en beweegprogramma) was het percentage instellingen dat de gegevens gebaseerd had op registratie en niet op schatting veel groter (circa 64% in plaats van 24%). Twintig procent van de instellingen kon de gegevens van alle programma's op basis van registratie aanleveren.

Instellingen die de patiënten verwezen naar bijvoorbeeld de huisarts of stoppen-met-rokenpoli (voor de begeleiding met stoppen met roken) of een diëtist (voor begeleiding bij overgewicht) hadden geen zicht op het vervolg. Zij wisten niet of de patiënt daadwerkelijk daarheen ging of wat de behaalde resultaten waren. Daardoor was het aanleveren van gegevens over deze patiënten een probleem.

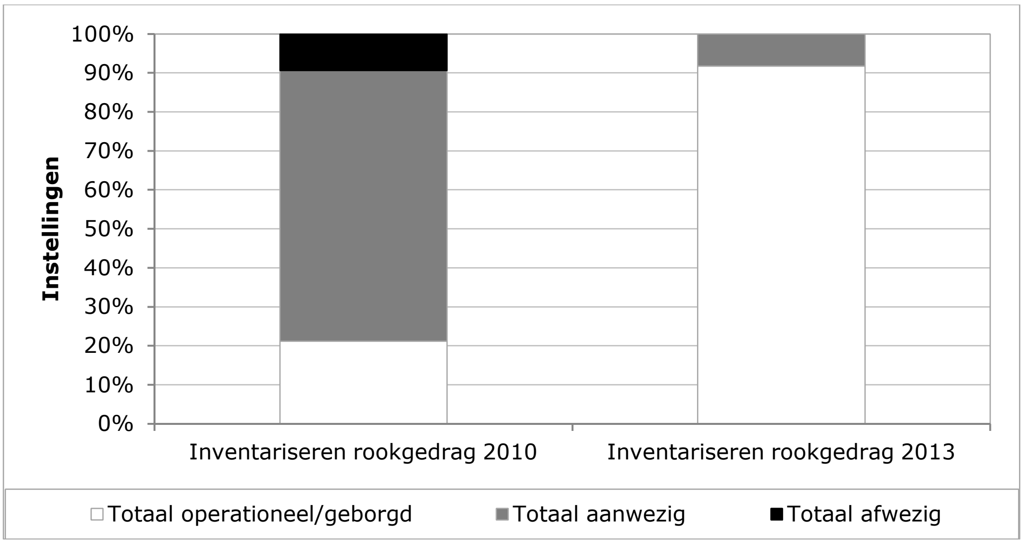
De registratiecijfers waren nog grotendeels geschat, vooral voor activiteiten ter ondersteuning van het stoppen met roken en het afvallen. De registratie van groepsactiviteiten was beter dan de registratie van individuele begeleiding.

Tabel 1
Aantal (en percentage) instellingen dat deelname aan leefstijlactiviteiten registreerden

Aangeboden en gevolgde activiteiten	**Aantal (percentage) instellingen die dit registreerden**
Informatie programma	63 (74%)
Stoppen–met-rokenprogramma	23 (27%)
Overgewichtprogramma	25 (29%)
Beweegprogramma	65 (77%)

4.5.6 *Inventarisatie rookgedrag veel beter*

In 2013 scoorde 92% (78 instellingen) voldoende op het onderdeel inventariseren rookgedrag. Bij deze instellingen inventariseerden zorgverleners het rookgedrag van alle patiënten en hun partner. Dit is een enorme verbetering ten opzichte van 2010, toen 21% voldoende scoorde.



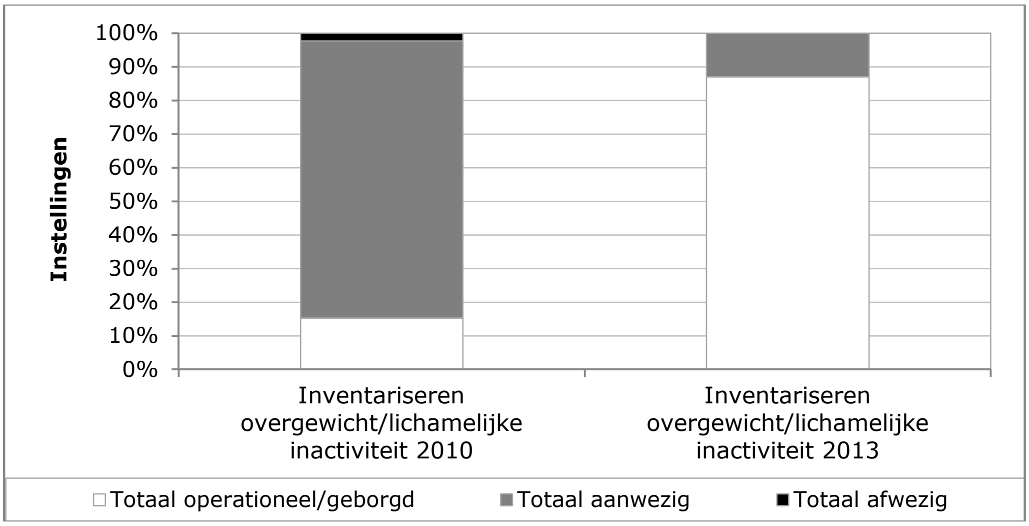
Figuur 12: Score van de instellingen op onderdeel inventariseren rookgedrag in 2010 en 2013

4.5.7 *Inventarisatie overgewicht en beweeggedrag veel beter*

In 2013 scoorde 87% (74 instellingen) voldoende op het onderdeel inventariseren overgewicht en lichamelijke inactiviteit. Bij deze instellingen inventariseerden zorgverleners de BMI, buikomvang, het beweeggedrag en de comorbiditeit van de

patiënt altijd. Dit is een enorme verbetering ten opzichte van 2010, toen 15% voldoende scoorde.

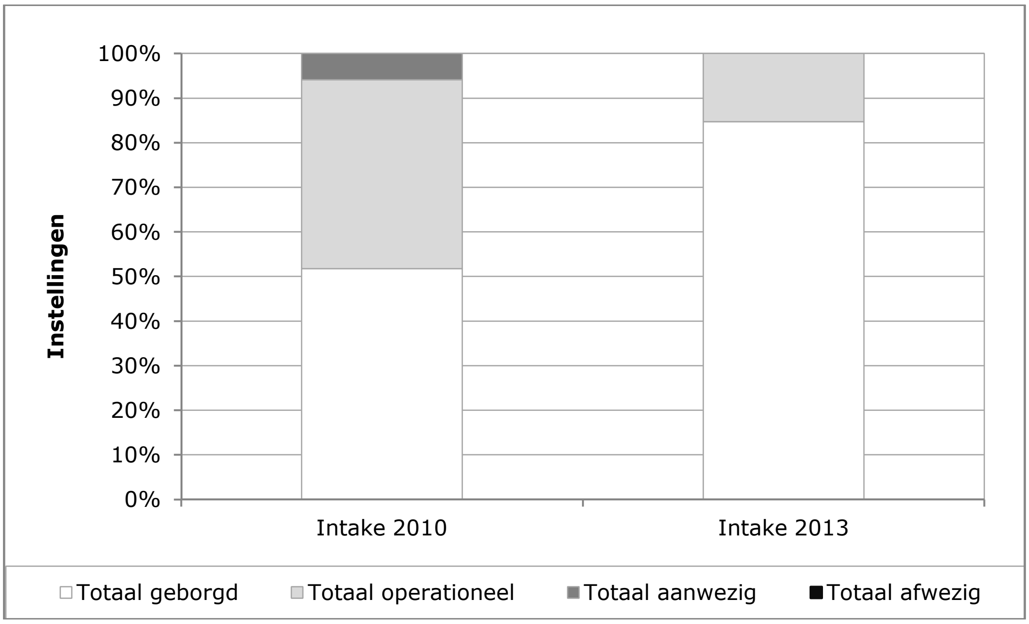
Eén instelling gaf in de toelichting aan geen buikomvang te meten omdat daarover geen consensus in de literatuur bestond. Een andere instelling gaf aan dat er geen tijd was om alle gegevens te registeren en nog een andere instelling had geen mogelijkheid om dit te registreren.



Figuur 13: Score op onderdeel inventariseren overgewicht en lichamelijke inactiviteit in 2010 en 2013

4.5.8 *Intakegesprek met alle patiënten*

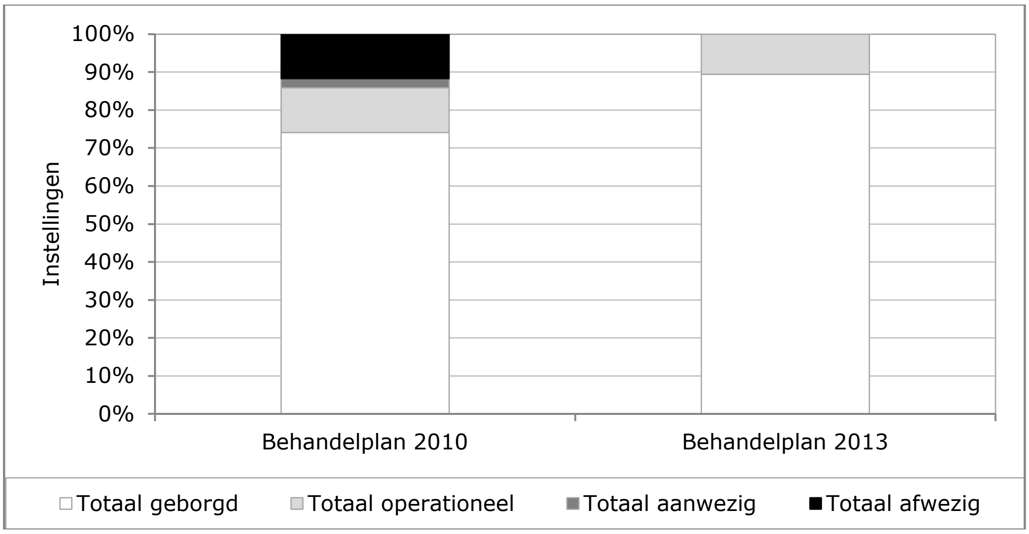
In 2013 scoorde 100% (85 instellingen) voldoende op het onderdeel intakegesprek. Alle patiënten kregen een intakegesprek om revalidatiedoelen te bepalen. Deze werden in het patiëntendossier genoteerd. Bij 72 instellingen werden de doelen in het multidisciplinair overleg besproken. Dit is een verbetering ten opzichte van 2010, toen 94% voldoende scoorde.



Figuur 14: Score op onderdeel intakegesprek in 2010 en 2013

4.5.9 *Behandelplan voor alle patiënten*

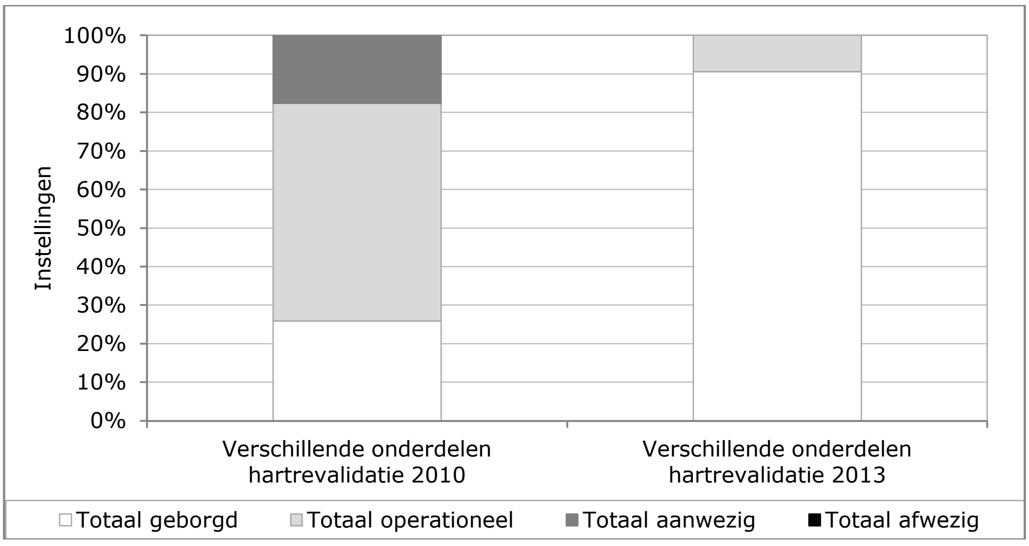
In 2013 scoorde 100% (85 instellingen) voldoende op het onderdeel behandelplan. Bij deze instellingen stelde het revalidatieteam voor alle patiënten een individueel behandelplan op, op basis van de relevante patiëntgegevens, vastgestelde behandeldoelen en benodigde interventies om die doelen te behalen. Dit plan werd met de patiënt besproken. Bij 76 instellingen werd het plan ook met de coördinator hartrevalidatie of in het multidisciplinair overleg besproken. Dit is een verbetering ten opzichte van 2010, toen 86% voldoende scoorde.



Figuur 15: Score op onderdeel behandelplan in 2010 en 2013

4.5.10 *Programmaonderdelen bij alle instellingen*

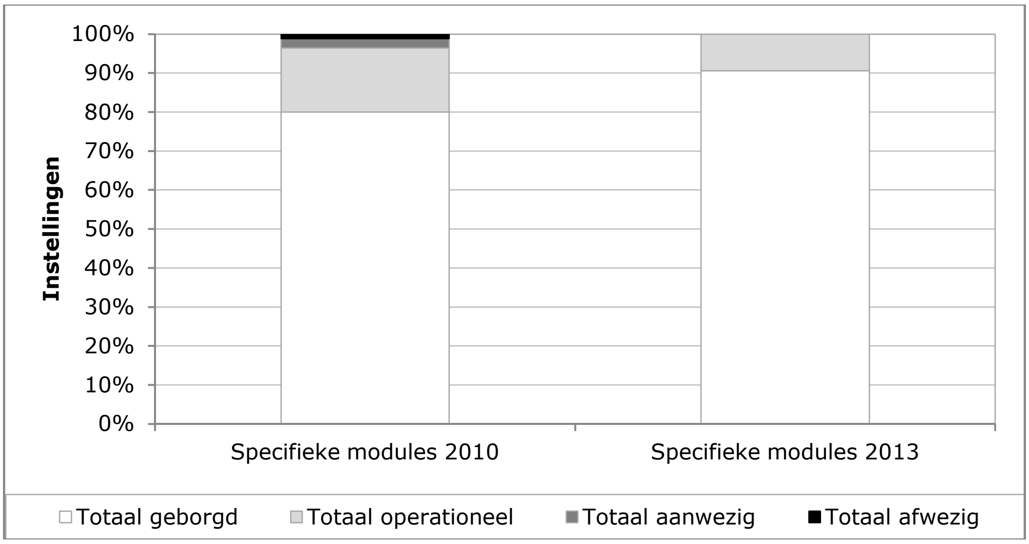
In 2013 scoorde 100% (85 instellingen) voldoende op het onderdeel verschillende onderdelen van het hartrevalidatieprogramma. Het revalidatieprogramma bevatte (zelf aanbiedend of verwijzend) alle programmaonderdelen beweging, ontspanning, info en leefstijl). Bij 77 instellingen kregen alle geïndiceerde patiënten deze programma's aangeboden.
Dit is een verbetering ten opzichte van 2010, toen 82% voldoende scoorde.



Figuur 16: Score op onderdeel verschillende onderdelen van het hartrevalidatie-programma in 2010 en 2013

4.5.11 *Modules bij alle instellingen*

In 2013 scoorde 100% (85 instellingen) voldoende op het onderdeel aanbieden van specifieke modules. De instelling bood aan of verwees door naar ten minste twee van de drie FIT-, PEP- en INFO- modules, waaronder in ieder geval de INFO-module. 77 instellingen boden alle drie de modules aan. Dit is een verbetering ten opzichte van 2010, toen 97% voldoende scoorde.



Figuur 17: Score op onderdeel aanbieden specifieke modules in 2010 en 2013

4.5.12 *Informatieprogramma niet voor iedereen*

In 2013 scoorde 79% (67 instellingen) voldoende op het onderdeel informatie-programma. Deze instellingen boden aan alle patiënten het informatieprogramma aan en minstens 50% volgde het programma. Van die instellingen scoorden 39 instellingen geborgd en meer dan 70% van de patiënten volgde het programma. Deze score lijkt een hele vooruitgang ten opzichte van 2010, toen 35% voldoende scoorde. Maar hierbij moet rekening gehouden worden met het aangepaste toetsingskader. In 2010 moest ten minste 90% van de patiënten het informatie-programma volgen en in 2013 was dit ten minste 50%.

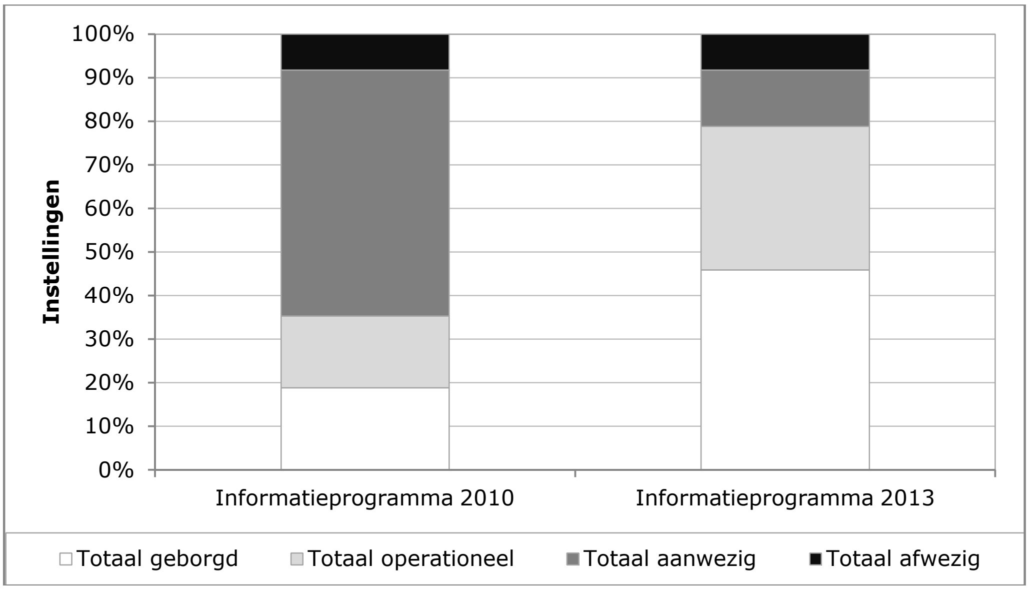
Uit de extra opgevraagde informatie bleek dat 63 instellingen daadwerkelijk registreerden hoeveel patiënten het informatieprogramma volgden. Gemiddeld volgde 69% van de patiënten het programma.

Opvallend was dat zes instellingen niet alle patiënten het informatieprogramma aanboden, ondanks dat de richtlijn Hartrevalidatie dat voorschrijft. Vaak gaven instellingen aan het niet aan te bieden aan patiënten die het programma al een keer gevolgd hadden, een hoge leeftijd of comorbiditeit hadden.

In de toelichting gaf een aantal instellingen aan dat niet iedereen het programma volgde en de opkomst laag was. De instellingen noemden verschillende redenen voor een lage opkomst: recidivisten werden geïndiceerd en volgden het programma dan niet (vijf keer), reisafstand/vervoer/vol programma (drie keer), internet werd als informatiebron gebruikt (eenmaal), de deelname was te vrijblijvend (eenmaal), patiënten ging terug naar hun eigen ziekenhuis (eenmaal).

Een instelling gaf juist aan dat patiënten enthousiast reageerden op vooral de inter-actieve bijeenkomst van de cardioloog. Een andere instelling gaf aan dat zij het proces hadden aangepast waardoor de deelname was toegenomen. Toen zij het

informatieprogramma aanboden na het intakegesprek was de opkomst minder dan 50%, maar toen zij daarna het informatieprogramma direct na ontslag en voor het intakegesprek aanboden, steeg het opkomstpercentage naar boven de 70%. Twee instellingen gaven aan dat zij het aanbieden van het informatieprogramma in het zorgpad hadden ingebed.

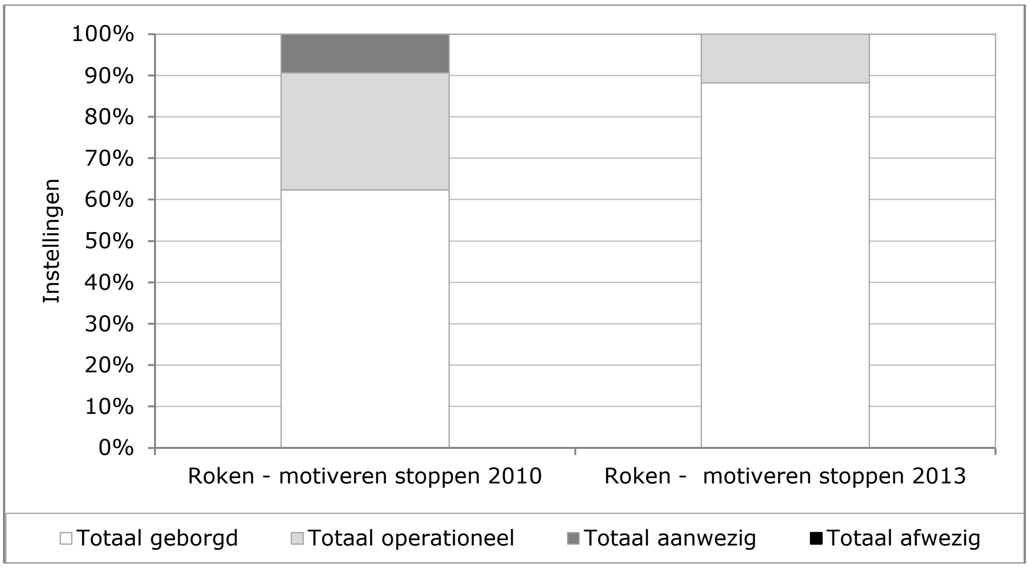


Figuur 18: Score op onderdeel informatieprogramma in 2010 en 2013

4.5.13 *Stoppen met roken motivatie bij alle instellingen*

In 2013 scoorde 100% (85 instellingen) voldoende op het onderdeel motiveren stoppen met roken. Zorgverleners gaven een stopadvies bij patiënten die niet gemotiveerd zijn om te stoppen en voerden ten minste één activiteit uit om de motivatie te verhogen (website STIVORO, informatiemateriaal uitdelen, verwijzen naar cardioloog, extra consult inplannen). Bij 75 van die instellingen voerden de zorgverleners zelfs meer dan één activiteit uit. Dit is een verbetering ten opzichte van 2010, toen 91% voldoende scoorde.

Veel instellingen gaven in de toelichting aan dat zij doorverwezen. 18 instellingen verwezen naar een stoppen-met-rokenpoli, 13 instellingen verwezen naar STIVORO, 10 instellingen verwezen door naar de huisarts, één instelling verwees door naar een cursus van de thuiszorg, één instelling verwees naar de GGD en één instelling verwees naar de Jellinek-kliniek. Een ander ziekenhuis vermeldde expliciet dat dit ook prima in de eerste lijn past. Eén ziekenhuis gaf aan geen toestemming te hebben gekregen van de raad van bestuur voor een eigen stoppen–met-roken-programma.



Figuur 19: Score op onderdeel motiveren stoppen met roken in 2010 en 2013

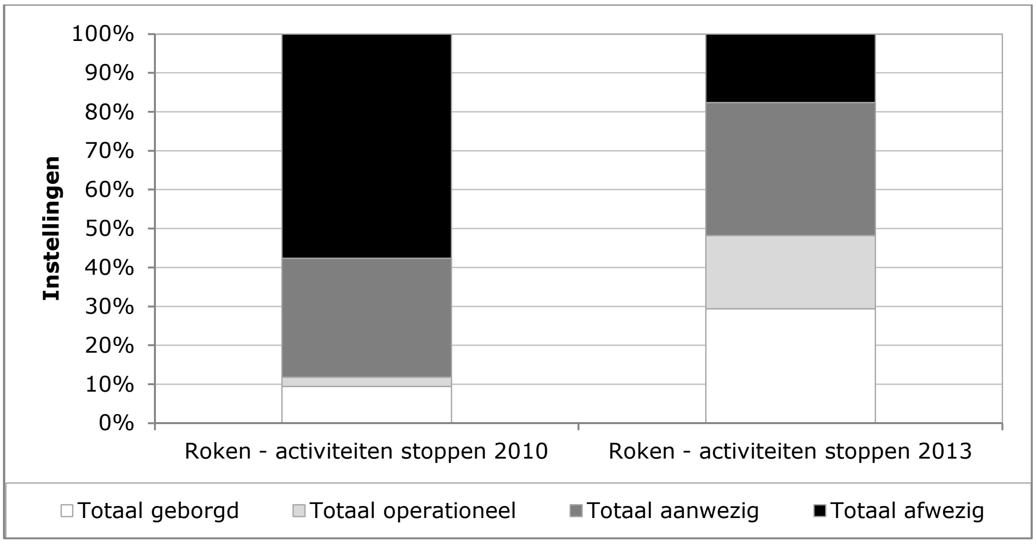
4.5.14 *Deelname activiteiten stoppen met roken laag bij helft instellingen*

In 2013 scoorde 48% (41 instellingen) voldoende op het onderdeel activiteiten stoppen met roken. Bij deze instellingen ondersteunden de zorgverleners patiënten die roken en gemotiveerd waren om te stoppen. Deze patiënten kregen het informatieprogramma, leefstijlprogramma/PEP en bewegingsprogramma aangeboden met indien geïndiceerd nicotinevervangende middelen. Ten minste 30% van de patiënten had dit programma gevolgd. Bij 25 instellingen volgde meer dan 50% van de patiënten het programma.

De score lijkt een duidelijke verbetering ten opzichte van 2010, toen 12% voldoende scoorde. Maar hierbij moet rekening gehouden worden met het aangepaste toetsingskader. In 2010 moest ten minste 90% van de gemotiveerde patiënten het programma volgen en in 2013 was dit nog ten minste 30% van de gemotiveerde patiënten. Daarom is het niet mogelijk te zeggen of het een verbetering is, maar ondanks de bijstelling van het toetsingkader zijn instellingen nog niet in staat om voldoende gemotiveerde patiënten dit programma te laten volgen.

Uit de extra opgevraagde informatie bleek dat 23 instellingen registreerden hoeveel gemotiveerde patiënten het programma volgden. Gemiddeld volgde 45% van de gemotiveerde patiënten het programma.

Uit de toelichtingen bleek dat een aantal instellingen geen nicotinevervangende middelen voorschreef. Daarnaast gaf een aantal instellingen aan dat zij doorverwezen naar een stoppen-met-rokenpoli van hetzelfde ziekenhuis of naar de huisarts. De instellingen konden dan niet altijd cijfers aanleveren over hoeveel patiënten dit daadwerkelijk deden. Eén instelling gaf aan dat het doorverwijspercentage laag bleef omdat stoppen met roken niet meer in het verzekerde pakket zat.



Figuur 20: Score op onderdeel activiteiten stoppen met roken in 2010 en 2013

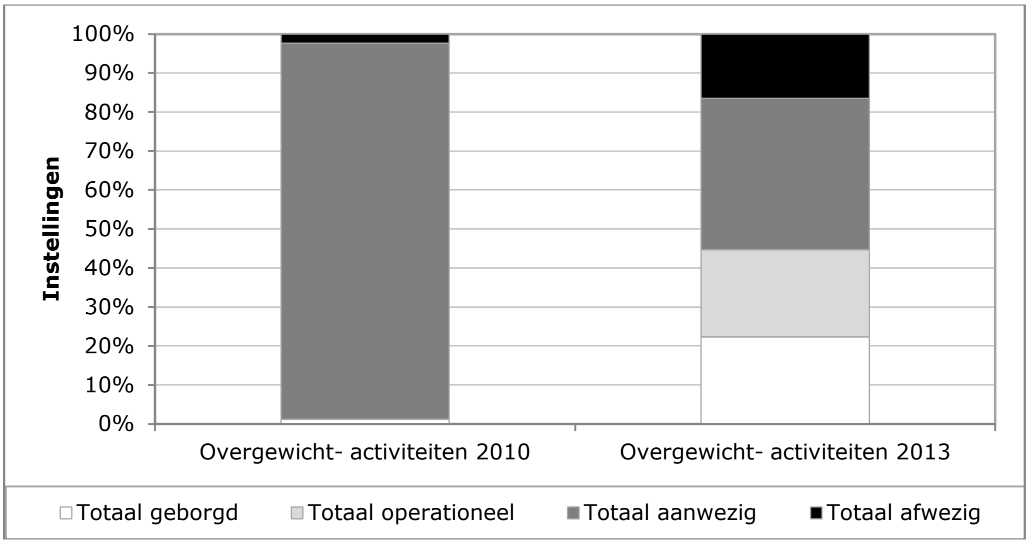
4.5.15 *Deelname activiteiten overgewicht laag bij meer dan helft instellingen*

In 2013 scoorde 45% (38 instellingen) voldoende op het onderdeel activiteiten overgewicht. Bij deze instellingen boden zorgverleners het informatieprogramma en gecombineerde leefstijlinterventies aan met indien geïndiceerd medicatie en chirurgie bij patiënten met overgewicht/obesitas. Ten minste 30% van de geïndiceerde patiënten had dit programma gevolgd. Bij 19 instellingen volgde meer dan 50% van de geïndiceerde patiënten het programma.

Dit lijkt veel vooruitgang ten opzichte van 2010, toen 1% voldoende scoorde. Maar hierbij moet rekening gehouden worden met het aangepaste toetsingkader. In 2010 moest ten minste 90% van de geïndiceerde patiënten het programma volgen en in 2013 was dit nog ten minste 30% van de geïndiceerde patiënten. Daarom is het niet mogelijk te zeggen of het een verbetering is, maar ondanks de bijstelling van het toetsingkader zijn instellingen nog niet in staat om voldoende patiënten dit programma te laten volgen.

Uit de extra opgevraagde informatie bleek dat 25 instellingen registreerden hoeveel geïndiceerde patiënten het programma volgden. Gemiddeld volgde 46% van de geïndiceerde patiënten het programma.

In de toelichtingen gaven 25 instellingen aan door te verwijzen naar een diëtist, twee instellingen verwezen door naar een obesitaspoli, één instelling verwees naar de huisarts voor medicatie, één instelling verwees door naar de *Weight Watchers* en één andere instelling overwoog dit te gaan doen. Eén instelling gaf aan dat afvallen met behulp van *Modifast* (binnen de klinische setting) tot de mogelijkheden behoorde.
Twee ziekenhuizen gaven aan te verwijzen naar bariatrische chirurgie (gewichts-verlies chirurgie). Twee andere instellingen vermeldden expliciet dat zij vanuit medische overwegingen patiënten niet doorverwezen naar de chirurgie gezien de ernstige complicaties ten gevolge van bariatrische chirurgie op kortere en langere termijn.



Figuur 21: Score op onderdeel activiteiten overgewicht in 2010 en 2013

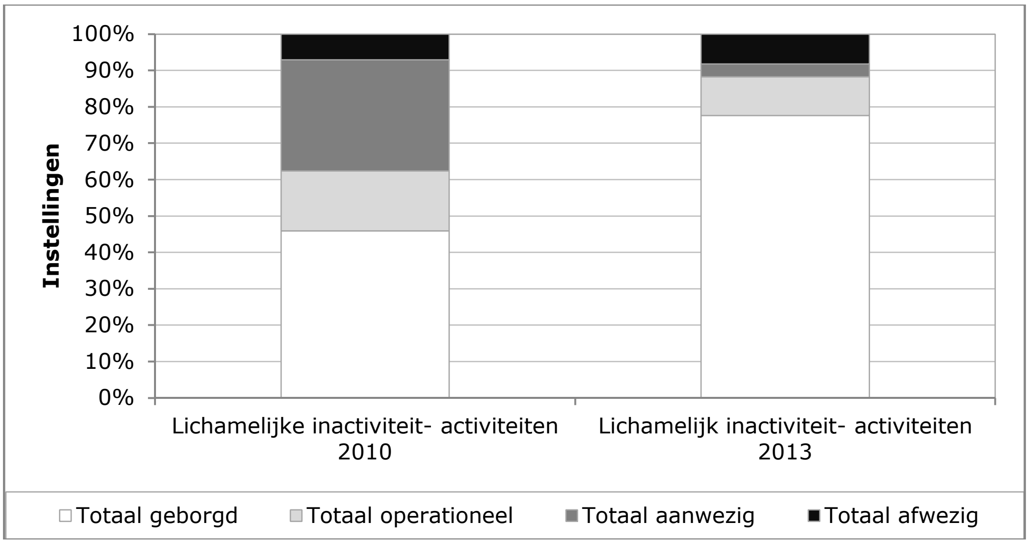
4.5.16 *Deelname activiteiten lichamelijke inactiviteit hoog bij meerderheid instellingen*

In 2013 scoorde 87% (74 instellingen) voldoende op het onderdeel activiteiten bij lichamelijke inactiviteit. De zorgverleners boden het informatieprogramma en leefstijlprogramma/fysiek programma aan bij patiënten met een inactieve leefstijl. Ten minste 50% van de geïndiceerde patiënten had dit programma voor inactieve leefstijl gevolgd. Bij 65 instellingen volgde meer dan 70% het programma.

De score lijkt een verbetering ten opzichte van 2010, toen 62% voldoende scoorde. Maar hierbij moet rekening gehouden worden met het aangepaste toetsingkader. In 2010 moest ten minste 90% van de geïndiceerde patiënten het programma volgen en in 2013 was dit nog ten minste 50% van de geïndiceerde patiënten. Daarom is het niet mogelijk te zeggen of het een verbetering is, maar ondanks de bijstelling van het toetsingkader zijn instellingen nog niet in staat om voldoende patiënten dit programma te laten volgen.

Uit de extra opgevraagde informatie bleek dat 65 instellingen registreerden hoeveel geïndiceerde patiënten het programma volgden. Gemiddeld volgde 82% van de geïndiceerde patiënten het programma.

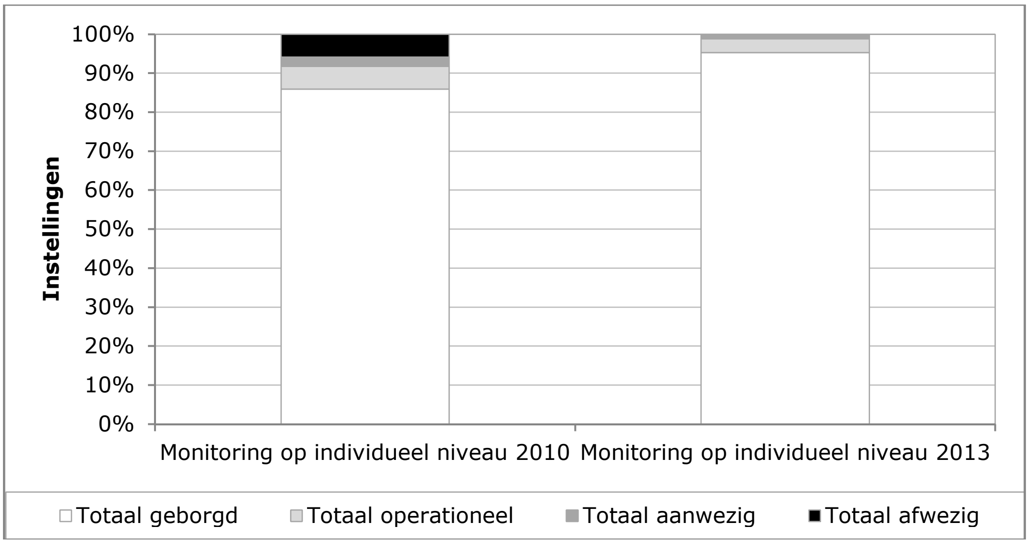
In de toelichting gaf één instelling aan dat het deelnamepercentage moeilijk te behalen was gezien de leeftijdscategorie van de patiënten. Eén instelling gaf aan dat patiënten meer gestimuleerd werden waardoor deelname was toegenomen.
Twee instellingen gaven aan dat zij een sportloket hadden waar zij patiënten naar verwezen om beweegadvies te krijgen; één instelling deed een eindfietstest met eindgesprek om te bepalen wat patiënt moest gaan doen om actieve leefstijl te behouden.



Figuur 22: Score op onderdeel activiteiten bij lichamelijke inactiviteit in 2010 en 2013

4.5.17 *Monitoring op patiëntniveau bij bijna alle instellingen*

In 2013 scoorden op één instelling na alle instellingen (99%) voldoende op het onderdeel monitoring op patiëntniveau. Deze instellingen monitorden de voortgang van de patiënt aan de hand van patiëntgegevens. In het patiëntdossier hielden zij de gegevens bij over de voortgang van het individueel programma. Bij 81 instellingen werden indien nodig ook behandeldoelen aangepast. Dit is een verbetering ten opzichte van 2010, toen 92% voldoende scoorde.

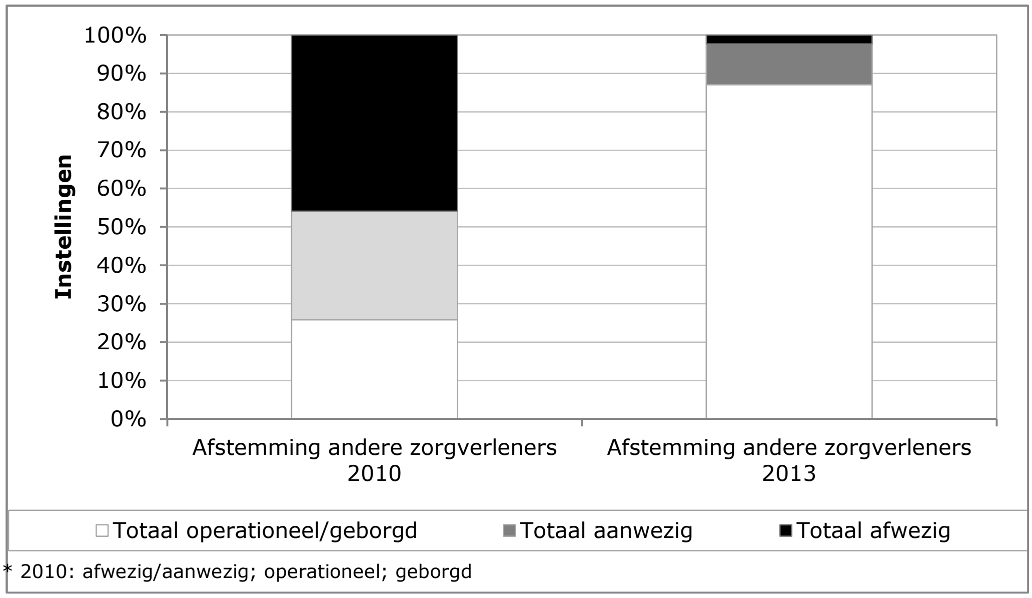


Figuur 23: Score van de instellingen op onderdeel monitoring op patiëntniveau in 2010 en 2013

4.5.18 *Afstemming met andere hulpverleners bij meerderheid instellingen*

In 2013 scoorde 86% (73 instellingen) voldoende op het onderdeel afstemming met andere hulpverleners. Bij deze instellingen wisselde het revalidatieteam via de cardioloog met de huisarts van de patiënt ten minste aan het eind van de behandeling zorginformatie uit Ook met andere betrokken zorgverleners (zoals bij verwijzing naar fysiotherapeut, betrokken bedrijfsarts) van buiten het hartrevalidatie-

programma vond er gegevensuitwisseling plaats. Aan het eind van de behandeling vond overdracht plaats naar de huisarts.
Dit is een duidelijke verbetering ten opzichte van 2010, toen 54% voldoende scoorde. Hier is het toetsingkader iets aangepast, maar dat heeft weinig invloed op de score voldoende omdat in beide onderzoeken een eis is dat afstemming met de huisarts aan het einde van de behandeling plaatsvindt.



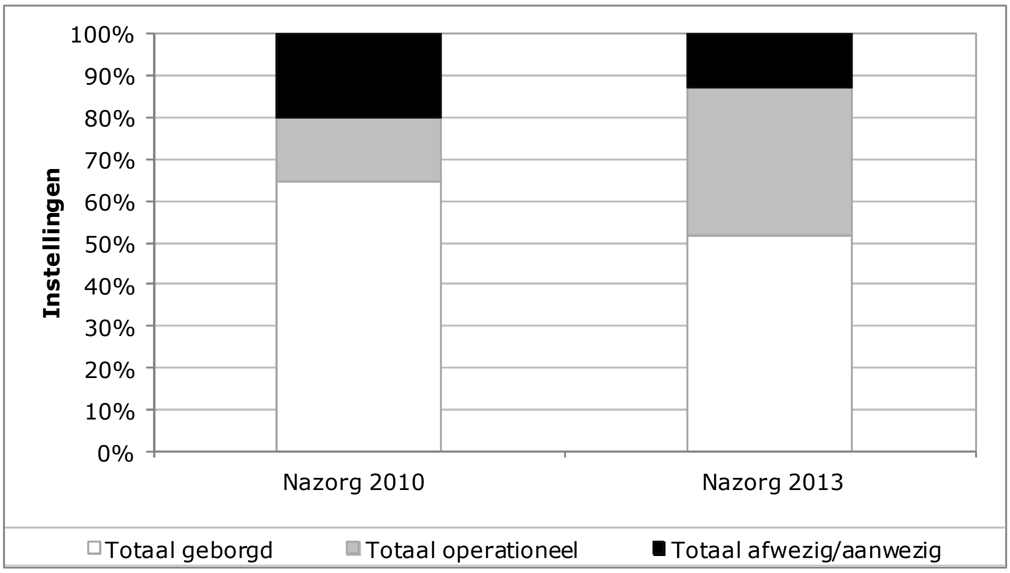
Figuur 24: Score op onderdeel afstemming met andere hulpverlener in 2010 en 2013

4.5.19 *Nazorg bij meerderheid instellingen*

In 2013 scoorde 88% (75 instellingen) voldoende op het onderdeel nazorg. Bij deze instellingen kregen patiënten een nazorg moment aangeboden na afloop van het programma. Bij 44 instellingen was dit meer dan één moment. Dit is een verbetering ten opzichte van 2010, toen 80% voldoende scoorde. Het toetsingkader is aangepast, maar dat heeft geen invloed op het percentage voldoende omdat voor beide onderzoeken de eis is dat de instelling één nazorgafspraak aanbiedt.

Uit de toelichting bleek dat de instellingen divers invulling gaven aan de nazorg. Drie instellingen gaven bijvoorbeeld aan dat de nazorg via de Cardiovasculair risicomanagement(-poli) was geregeld. Vijf instellingen gaven expliciet aan dat de nazorg geregeld was via een afspraak met de cardioloog op de poli, maar de inspectie ziet dat niet als een voldoende nazorgtraject.

Een aantal instellingen gaf aan alleen nazorg te bieden als de patiënt aangaf daar behoefte aan te hebben. Twee instellingen gaven bijvoorbeeld aan dat op basis van de uitslag van de kwaliteit–van-levenlijst (met de vraag "heeft u behoefte aan een evaluatiegesprek) de nazorg te verzorgen. De inspectie vindt het voldoende als alle patiënten de mogelijkheid krijgen om nazorg te volgen en de instelling dit expliciet aan elke patiënt aanbiedt.



Figuur 25: Score op onderdeel nazorg in 2010 en 2013

5 Beschouwing

5.1 Reële norm voor instroompercentage?

In de richtlijn Hartrevalidatie staat uitgebreid beschreven welke doelgroepen doorverwezen moeten worden naar een hartrevalidatieprogramma. Voor bijvoorbeeld patiënten met een doorgemaakt hartinfarct, waar de inspectie naar heeft gevraagd, is dat 100%. Dat er uitzonderingen binnen de doelgroep zijn, is logisch. Deze staan ook in de richtlijn beschreven. Maar de inspectie denkt dat dit maar een klein percentage mag bedragen.

De inspectie heeft bij ziekenhuizen zonder hartrevalidatie gevraagd naar het percentage patiënten dat de cardioloog heeft doorverwezen naar een andere instelling. Bij instellingen met een hartrevalidatieprogramma heeft de inspectie gevraagd naar de daadwerkelijke instroom van patiënten in hun eigen programma. De instroom van patiënten in het hartrevalidatieprogramma zal vanwege de eigen keuze van de patiënt altijd lager zijn dan de verwijzing. Maar een gemiddeld instroompercentage van 64% en een gemiddeld verwijspercentage van 70% vindt de inspectie in ieder geval nog te laag.

De gegevens die de inspectie in de toekomst via de basisset 2014[12] van de ziekenhuizen ontvangt, is een volgende stap om samen met het veld inclusief de patiëntenvereniging tot een norm voor de instroom van patiënten te komen. De inspectie gaat er van uit dat ziekenhuizen de nodige inspanning leveren om hun instroompercentage in de tussentijd te verhogen.

5.2 Beperkingen instroomgegevens

Een lastig gegeven is dat de dataverzameling van de instroom van patiënten niet 100% betrouwbaar is. Volgens de richtlijn zijn er veel meer indicaties voor hartrevalidatie dan alleen een doorgemaakt hartinfarct, maar de inspectie heeft het hartinfarct om onderzoekstechnische reden als voorbeeld gebruikt.

Het is voor instellingen niet altijd eenvoudig om de gegevens van doorverwijs- of instroompercentage van alleen patiënten met een doorgemaakt hartinfarct te geven. Vaak ontving de inspectie gegevens van andere doelgroepen die ook geïndiceerd waren voor hartrevalidatie. Zie bijlage 2.

Daarnaast heeft de inspectie bij ziekenhuizen met een eigen hartrevalidatie-programma alleen gevraagd naar het aantal patiënten dat startte met het programma en geen rekening gehouden met doorverwijzingen. Bijvoorbeeld ziekenhuizen met een PCI (Percutane Coronaire Interventie) centrum die dotter-behandelingen verrichten, plaatsen aansluitend aan een PCI veel patiënten voor mobilisatie en revalidatie over naar een ziekenhuis in de regio.

Dit betekent dat de gegevens over de instroom niet 100% betrouwbaar zijn, maar wel een toereikend beeld geven over de mate waarin patiënten instromen in een hartrevalidatieprogramma.

5.3 Individuele leefstijlbegeleiding minder ingebed dan groepsinterventies

Voor dit vervolgonderzoek heeft de inspectie het toetsingkader in overleg met de NVVC op een aantal punten naar beneden bijgesteld. Het gaat daarbij onder andere om deelname aan (groeps- en individuele) activiteiten als begeleiding bij stoppen met roken, afvallen en meer bewegen.

Ondanks dit naar beneden bijgestelde toetsingkader blijkt dat de begeleiding tijdens het stoppen met roken en afvallen niet optimaal is. De inspectie realiseert zich dat de deelnamecijfers voor een deel geschat zijn, maar ziet toch onvoldoende verbetering. Het blijkt dat groepsinterventies beter zijn ingebed in de organisatie dan individuele begeleiding. Tijdens de stoppen-met-rokenbegeleiding ontbreekt vaak het voorschrijven van nicotinevervangende medicatie, terwijl hierdoor (in combinatie met psychosociale begeleiding) een stoppen-met-rokenpoging de meeste kans van slagen heeft.

De inspectie realiseert zich dat het lastig kan zijn om patiënten te motiveren om mee te doen aan leefstijlbegeleiding. Maar een *life event* zoals een hartinfarct is wel het moment dat patiënten gemotiveerd zijn om hun leefstijl te veranderen. Naast een goede motivatie is een goede begeleiding cruciaal om de kans van slagen te verhogen.

Een groot deel van de instellingen verwijst voor de individuele begeleiding bij stoppen met roken of afvallen door naar de huisarts of diëtist. Dit kan een extra drempel voor de patiënt inhouden. De inspectie is van mening dat instellingen hartrevalidatiepatiënten voor deze begeleiding niet altijd moeten doorverwijzen, maar ook op dit punt invulling zouden moeten geven aan het programma. Gebruikmaken van nicotinevervangende medicatie bij patiënten die gemotiveerd zijn te stoppen met roken moet hierbij niet uit de weg worden gegaan.
Specifieke richtlijnen gericht op deze begeleiding zoals de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' en richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen' zijn hier leidend en moeten bij de teamleden bekend zijn [13,14].

Een mogelijke financiële belemmering is weggenomen, want sinds 2013 zit zowel de stoppen-met-rokenbegeleiding als de begeleiding door een diëtist weer in het basispakket.

Als de instelling overweegt toch alleen door te verwijzen is het van belang dat zij dit tijdig doet en bijhoudt of de patiënt ook daadwerkelijk de begeleiding krijgt en wat de resultaten zijn. Evaluatie van de resultaten van het programma en *follow-up* moeten namelijk altijd plaats vinden om het programma verder te verbeteren en de kwaliteitscyclus compleet te maken.

5.4 Inspectie minder positief over instroom dan NIVEL

Het NIVEL heeft recent een evaluatieonderzoek in Nederlandse ziekenhuizen uitgevoerd naar de implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) veiligheidsprogramma[15]. Eén van de vier onderzochte doelen bij het VMS-thema 'optimale zorg bij Acute Coronaire Syndromen (ACS)' is dat alle patiënten met een hartinfarct in aanmerking komen voor hartrevalidatie in een revalidatieprogramma.

Het NIVEL constateert via interviews bij dertien ziekenhuizen dat in 2012 de patiënten die in aanmerking komen voor hartrevalidatie (met de diagnose STEMI (ST elevatie myocard infarct)) ook daarvoor worden aangemeld of doorverwezen. Dit is een opvallend verschil met onze conclusies, want ons onderzoek met een respons van 100% laat een minder positief beeld zien. Dit is naar verwachting te verklaren doordat het NIVEL alleen de vraag heeft gesteld of de ziekenhuizen doorverwijzen en de inspectie cijfers heeft opgevraagd.

6 Summary

Although the number of patients offered a place on a cardiac rehabilitation programme has increased since 2010, the Health Care Inspectorate finds that access to such programmes remains inadequate. Moreover, although compliance with the guidelines has improved in almost all cases, approximately half of the programmes have yet to incorporate an effective lifestyle advice component.

The Inspectorate conducted an earlier study in preparation for the *State of Health Care 2012* report.[d] It concluded that the number of patients offered a place on a cardiac rehabilitation programme was too low (based on 2009 figures), and that insufficient attention was being devoted to providing effective lifestyle. Shortcomings were also noted with regard to data collection.

Cardiac rehabilitation can greatly improve the prognosis for patients with coronary heart disease and those who have suffered a myocardial infarction. Participation in a cardiac rehabilitation programme has been shown to decrease the risk of premature death by 32%. Each year in the Netherlands, almost 90,000 patients are admitted to hospitals with coronary heart disease, including those who have suffered a myocardial infarction. They form the group for whom cardiac rehabilitation is indicated.

In late 2012, the Inspectorate once again assessed whether all cardiac rehabilitation programmes are complying with the standard guidelines, and whether the intake of patients has indeed risen. A follow-up study was then performed between December 2012 and June 2013, in which an online questionnaire was submitted to 76 hospitals and 9 independent centres which run cardiac rehabilitation programmes, and 14 hospitals which do not.

The follow-up study revealed that the hospitals with their own cardiac rehabilitation programmes had increased their intake of patients who had suffered a myocardial infarction from 57% in 2009 to 64% in 2012. Referral rates among the hospitals with no such programme of their own had also risen, from 66% in 2010 to 70% in 2012. Not every eligible patient is willing or able to join a programme, and it is therefore unrealistic to set a target of 100%. An appropriate figure has yet to be established but the Inspectorate considers the current average to be too low.

The Inspectorate notes that almost all institutions with a cardiac rehabilitation programme have successfully implemented improvements, particularly in terms of recording lifestyle information in the patient’s personal file, and in data collection at the aggregated level. However, there has not been a sufficient increase in the number of patients being offered appropriate lifestyle advice, nor in the number of patients taking part in smoking cessation and weight loss programmes. In addition to the general guidelines, specific instructions on ‘tobacco addiction therapy’ and ‘the diagnosis and treatment of obesity in adults and children’ are available and should be followed.

Overall, 18% of the institutions examined were found to have an effective cardiac rehabilitation programme. The Inspectorate has called for the seventy institutions in which shortcomings were noted to take corrective action. They are required to

d *Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groe*pen (‘Prevention in curative and long-term care: a necessity for high-risk groups’) IGZ, 2012, The Hague.

improve the quality of their care before the end of 2013. The eleven institutions which showed the most serious shortcomings are further required to submit a report of the action taken, and to do so no later than 1 January 2014.

Given the risk of long-term adverse health impact, the Inspectorate is not satisfied with the current slow upturn in the number of patients admitted to the programmes. Although enforcement measures are not yet seen as appropriate, the Inspectorate will continue to monitor developments closely and intends to introduce a performance indicator as part of the standard hospital assessment and benchmarking system in 2014.

Literatuurlijst

1 Deckers JW, Veerhoek RJ, Smits PC en Jansen CG. Trends in prevalentie en behandeling van risicofactoren van coronaire hartziekte: het Euroaspire-project. Ned Tijdschr Geneesk 2010;154:A1229.

2 Verhagen SJM. Hartrevalidatie helpt de patiënt op weg naar gezonder leven. Cordiaal 2009;4:116-19.

3 Vries de H, Engen-Verheul van M, Kemps HM, Kraaijenhagen R, Peek N. Multidisciplinary cardiac rehabilitation and survival in The Netherlands. Eur Heart J. 2012;33(suppl 1): 655-939.

4 Heran B, Chen JMH, Ebrahim S, Moxham T, Oldridge N, Rees K, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7.

5 Revalidatiecommissie Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, Nederlandse Hartstichting, projectgroep PAAHR. Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie 2011. Utrecht: Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie; 2011.

6 Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC). Beslisboom Poliklinische Indicatiestelling Hartrevalidatie 2010. Utrecht: Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie; 2012 (herziening van 2010).

7 Koopman C, Dis van I,Visseren FLJ, Vaartjes I, Bots ML, Hart- en vaatziekten in Nederland. In: Koopman C, Dis van I,Visseren FLJ, Vaartjes I, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2012, cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Hartstichting; 2012.

8 Strijbis AM, Franke B, Boxtel van I, Duiker K. Hartrevalidatie in cijfers. Hart Bulletin 2005; 4(36).

9 Goud R, Keizer de NF, Riet ter G, Wyatt JC, Hasnman A, Hellemans IM, Peek N. Effect on guidelines based computerized decision support on decision making of multidisciplinairy teams: cluster randomised trial in cardiac rehabilitation. BMJ 2009:338;b1440.

10 Engen-Verheul van M, Vries de H, Kemps H, Kraaijenhagen R, Keizer de N, Peek N. Cardiac rehabilitation uptake and its determinants in the Netherlands. Eur J Prev Cardiol 2013;20(2): 349-56.

11 Inspectie voor de Gezondheidzorg (IGZ). Staat van de Gezondheidszorg 2012; Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen. Utrecht: IGZ; 2012

12 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Basisset Kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2014. Utrecht: IGZ; 2013

13 CBO. Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving, Kwaliteitsinstituut voor gezondheidszorg. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor gezondheidszorg CBO; herziening 2009.

14 CBO. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor gezondheidszorg CBO; 2008.

15 Blok C de, Koster E, Schilp J, Wagner C. Implementatie VMS veiligheids-programma: evaluatieonderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: Nivel; 2013.

Bijlage 1 Instellingen

Hieronder staan de namen van instellingen waarop dit onderzoek betrekking had. Het gaat om 9 revalidatiecentra en 76 ziekenhuizen met een hartrevalidatie-programma en 14 ziekenhuizen zonder hartrevalidatieprogramma.
De laatste groep staat in alfabetische volgorde. De instellingen met een hart-revalidatieprogramma staan in rangorde. De instellingen die de meeste onderdelen van het toetsingskader over het programma op orde hebben, staan boven aan.

9 revalidatiecentra met een hartrevalidatieprogramma

Revalidatiecentrum	**Plaats**	**Aantal onderdelen van de 19 onderdelen dat voldoende is**
Sophia Revalidatie	DEN HAAG	19
Rijnlands Revalidatie Centrum	LEIDEN	18
Reade	AMSTERDAM	18
Revant Lindenhof	GOES	18
Capri Hartrevalidatie	ROTTERDAM	17
Revant	BREDA	17
Revalidatie Blixembosch	EINDHOVEN	15
Adelante	HOENSBROEK	14
Revalidatie Friesland	BEESTERZWAAG	8

76 ziekenhuizen met een hartrevalidatieprogramma

Ziekenhuis	**Plaats**	**Aantal onderdelen van de 19 onderdelen dat voldoende is**
Lievensberg Ziekenhuis	BERGEN OP ZOOM	19
Ziekenhuis St Jansdal	HARDERWIJK	19
Streekziekenhuis Koningin Beatrix	WINTERSWIJK	19
Ziekenhuis Rijnstate Arnhem en Zevenaar	ARNHEM	19
Elkerliek Ziekenhuis, locatie Deurne	HELMOND	19
Medisch Centrum Alkmaar	ALKMAAR	19
Ikazia Ziekenhuis	ROTTERDAM	19
Wilhelmina Ziekenhuis	ASSEN	19
Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	WOERDEN	19
Academisch Medisch Centrum	AMSTERDAM	19
Universitair Medisch Centrum St Radboud	NIJMEGEN	19
Universitair Medisch Centrum Utrecht	UTRECHT	19
Ziekenhuis Gelderse Vallei	EDE	19
Stichting Rijnlands Ziekenhuis	LEIDERDORP	19
Ziekenhuis Bernhoven	VEGHEL	18
Deventer Ziekenhuis	DEVENTER	18
BovenIJ Ziekenhuis	AMSTERDAM	18
Catharina Ziekenhuis	EINDHOVEN	18
Ziekenhuis Nij Smellinghe	DRACHTEN	18

Ziekenhuis	Plaats	Aantal onderdelen van de 19 onderdelen dat voldoende is
TweeSteden Ziekenhuis	TILBURG	18
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	NIJMEGEN	18
Scheper-Bethesda Ziekenhuis, locatie Bethesda	HOOGEVEEN	18
Isala klinieken	ZWOLLE	18
Orbis Medisch Centrum	SITTARD	18
Saxenburgh groep	HARDENBERG	18
Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	MIDDELHARNIS	18
Martini Ziekenhuis	GRONINGEN	18
Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	AMSTERDAM	18
St. Annaziekenhuis	GELDROP	18
St. Elisabeth Ziekenhuis	TILBURG	18
ZGT Almelo	ALMELO	18
Ziekenhuis Rivierenland Tiel	TIEL	17
Diaconessenhuis Meppel, zorgcombinatie Noorderboog	MEPPEL	17
Refaja Ziekenhuis	STADSKANAAL	17
St. Jans Gasthuis	WEERT	17
Flevoziekenhuis	ALMERE	17
Groene Hart Ziekenhuis	GOUDA	17
Ziekenhuis De Sionsberg Pasana	DOKKUM	17
Slotervaartziekenhuis	AMSTERDAM	17
Rode Kruis Ziekenhuis	BEVERWIJK	17
Franciscus Ziekenhuis	ROOSENDAAL	17
Maasziekenhuis Pantein	BOXMEER	17
Gemini Ziekenhuis	DEN HELDER	17
Rivas Zorggroep Beatrixziekenhuis	GORINCHEM	17
Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn/Zutphen	APELDOORN	17
Slingeland Ziekenhuis	DOETINCHEM	17
VU medisch centrum	AMSTERDAM	17
De Tjongerschans	HEERENVEEN	17
Ommelander ziekenhuisgroep, locatie Lucas	WINSCHOTEN	17
Ommelander ziekenhuisgroep, locatie Delfzicht	DELFZIJL	17
Kennemer Gasthuis	HAARLEM	17
Maxima Medisch Centrum	EINDHOVEN	17
St. Antonius Ziekenhuis	NIEUWEGEIN	16
Zaans Medisch Centrum	ZAANDAM	16
Waterlandziekenhuis	PURMEREND	16
Spaarne Ziekenhuis	HOOFDDORP	16
Universitair Medisch Centrum Groningen	GRONINGEN	16
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	AMSTERDAM	16
Diakonessenhuis, locatie Utrecht/Zeist	UTRECHT	16
Tergooiziekenhuizen	HILVERSUM	16

Ziekenhuis	Plaats	Aantal onderdelen van de 19 onderdelen dat voldoende is
Medisch Spectrum Twente, locatie Ariënsplein	ENSCHEDE	16
Meander Medisch Centrum	AMERSFOORT	16
Westfriesgasthuis	HOORN (NH)	15
Sint Franciscus Gasthuis	ROTTERDAM	15
ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen	TERNEUZEN	15
Laurentius Ziekenhuis	ROERMOND	15
MUMC	MAASTRICHT	15
Diaconessenhuis Leiden	LEIDEN	14
Antoniusziekenhuis	SNEEK	14
HagaZiekenhuis	'S-GRAVENHAGE	14
Scheper-Bethesda Ziekenhuis, locatie Scheper	EMMEN	14
Atrium Medisch Centrum Parkstad	HEERLEN	14
Jeroen Bosch Ziekenhuis	'S-HERTOGENBOSCH	12
VieCuri Medisch Centrum voor Noord-Limburg	VENLO	12
Albert Schweitzer Ziekenhuis	DORDRECHT	12
MCZuiderzee	LELYSTAD	12

14 ziekenhuizen zonder hartrevalidatieprogramma

Ziekenhuis	Plaats
Admiraal de Ruyter ziekenhuis	VLISSINGEN
Amphia Ziekenhuis	BREDA
Erasmus Medisch Centrum Rotterdam	ROTTERDAM
Havenziekenhuis	ROTTERDAM
IJsselland Ziekenhuis	CAPELLE AAN DEN IJSSEL
Leids Universitair Medisch Centrum	LEIDEN
Maasstad ziekenhuis	ROTTERDAM
Medisch Centrum Haaglanden	DEN HAAG
Medisch Centrum Leeuwarden	LEEUWARDEN
Reinier de Graaf Groep	DELFT
Ruwaard van Putten Ziekenhuis	SPIJKENISSE
Stichting Bronovo-nebo	’S-GRAVENHAGE
Vlietland Ziekenhuis	SCHIEDAM
Ziekenhuis Amstelland	AMSTELVEEN

Bijlage 2 Toelichting op onderzoeksmethode

In deze bijlage staat een aantal methodologische aandachtspunten beschreven.

Klein verschil in toezichtobjecten tussen 2010 en 2013
De inspectie heeft de gegevens van het onderzoek van 2010 vergeleken met de gegevens uit het vervolgonderzoek van 2013 om na te gaan of de instellingen hun hartrevalidatieprogramma hebben verbeterd. Daaruit blijkt dat de toezichtobjecten met een hartrevalidatieprogramma van 2013 iets verschillen van 2010. Aan het onderzoek van 2009 deden 91 instellingen mee, waarvan 79 ziekenhuizen en 12 revalidatiecentra, terwijl aan het vervolgonderzoek van 2013 85 instellingen meededen, waaronder 76 ziekenhuizen en 9 revalidatiecentra. De respons was in beide gevallen 100%.

Er zijn verschillende verklaringen waarom de toezichtobjecten van 2013 iets verschillen van 2010. Twee ziekenhuizen die in 2010 onder twee locaties meededen, hebben in het onderzoek van 2013 gezamenlijk meegedaan. Eén ziekenhuis en twee revalidatiecentra gaven aan geen hartrevalidatieprogramma meer te hebben. De gegevens van het derde revalidatiecentra zijn meegenomen bij het overkoepelende ziekenhuis. De instellingen die niet aan het vervolgonderzoek van 2013 hebben meegedaan, zijn niet in dit rapport meegenomen.

Twee ziekenhuizen waarvan de inspectie dacht dat zij geen hartrevalidatie-programma hadden, bleken bij navraag over verwijscijfers toch een hartrevalidatie-programma aan te bieden. Eén instelling heeft dit in 2010 verkeerd aangegeven en de andere instelling biedt vanaf 2012 hartrevalidatie aan. Deze konden gezien de tijdsplanning niet meer meedoen met de audit en zijn daarom uitgesloten van het onderzoek naar de implementatie van het programma. De verwijspercentages van het ziekenhuis die sinds 2012 hartrevalidatie aanbiedt, zijn meegenomen in dit onderzoek.

Instroomgegevens
De inspectie heeft gekozen om gegevens over de instroom van patiënten (bij ziekenhuizen met een programma) en doorverwijzing (bij ziekenhuizen zonder programma) op te vragen over patiënten met een doorgemaakt hartinfarct.

De gegevens over 2009 zijn afkomstig van het onderzoek uit 2010 en hebben alleen betrekking op ziekenhuizen met een hartrevalidatieprogramma. De gegevens over 2010 t/m 2012 heeft de inspectie opgevraagd bij het vervolgonderzoek.

Het was voor een aantal instellingen lastig om de juiste gegevens aan te leveren:
- Een aantal ziekenhuizen heeft geen gegevens aangeleverd over instroom van patiënten. Dit waren zes ziekenhuizen in 2010, vijf in 2011 en twee in 2012.
- Een aantal andere ziekenhuizen heeft geen aantallen aangeleverd over patiënten met doorgemaakt hartinfarct, maar wel over andere patiëntengroepen. Zij leverden gegevens aan over patiënten met een Acuut Coronair Syndroom (ACS), STEMI en NSTEMI infarcten (ST elevatie myocard infarct), op basis van DBC-codes (Diagnose Behandelcombinatie), bypass operatie/PTCA (Percutane Transluminale Coronaire Angioplastiek) patiënten, alle geïndiceerde patiënten, hartklepoperaties, (instabiele) angina pectoris, waaronder patiënten met een doorgemaakt hartinfarct vallen. Dit geeft geen wezenlijk vertekend beeld omdat al deze patiënten moeten worden doorverwezen volgens de richtlijn Hartrevalidatie en de beslisboom Poliklinische Indicatiestelling Hartrevalidatie.

- Een aantal ziekenhuizen heeft geen correcte cijfers aangeleverd. Het gaat hierbij om ziekenhuizen die voor één of meerdere jaren een hoger aantal patiënten opgeven die gestart zijn met hartrevalidatie dan dat zij in hun ziekenhuis hebben opgenomen. Voor 2009 gaat het om vijf ziekenhuizen, in 2010 twee ziekenhuizen, in 2011 vijf ziekenhuizen en in 2012 drie ziekenhuizen. Een mogelijke verklaring voor een groter aantal patiënten dat start met hartrevalidatie dan dat in het ziekenhuis is opgenomen, is dat zij ook doorverwijzingen kregen van andere ziekenhuizen of omdat zij voor het aantal patiënten gestart met een programma een bredere doelgroep hanteerden dan alleen patiënten met een doorgemaakt hartinfarct.

De gegevens over de instroom zijn daardoor niet 100% betrouwbaar, maar geven een goede indicatie van de werkelijkheid.

Verschillende berekeningswijze van instroompercentage
De instroompercentages van patiënten voor ziekenhuizen met een hartrevalidatieprogramma, zijn als volgt berekend. Per jaar is het aantal patiënten van alle ziekenhuizen (N=76) bij elkaar opgeteld. De som van het totaal aantal patiënten dat met hartrevalidatie is gestart, is daarna gedeeld door de som van het aantal patiënten dat in de ziekenhuizen is opgenomen. Omdat een aantal ziekenhuizen niet in staat was correcte cijfers aan te leveren, is voor deze ziekenhuizen het gemiddeld aantal opgenomen patiënten in ziekenhuis of het gemiddeld aantal patiënten dat gestart was met hartrevalidatie gebruikt. Dit is het gemiddelde van de ziekenhuizen die wel correcte cijfers hadden aangeleverd. Dit is, naast de gewijzigde onderzoekspopulatie, een reden waarom het instroompercentage van 2009 iets verschilt van het percentage dat in de SGZ 2012 staat.

De instroompercentages voor ziekenhuizen zonder een hartrevalidatieprogramma (N=14) zijn op dezelfde manier berekend als bij de ziekenhuizen met een programma. Er is wel een klein verschil. Bij ziekenhuizen die geen correcte gegevens konden leveren is het gemiddelde van de ziekenhuizen die wel correcte gegevens hadden aangeleverd niet gebruikt. Dit is niet gebruikt omdat de helft van de gegevens van de ziekenhuizen ontbreekt en het geen representatief beeld van het gemiddelde geeft. Per jaar verschilt welk ziekenhuis niet in staat was correcte cijfers aan te leveren.

Bijlage 3 Toetsingkader

In het vervolgonderzoek beoordeelt de inspectie de organisaties aan de hand van het onderstaande toetsingkader.

De inspectie heeft het toetsingkader dat zij heeft gebruikt voor het thematisch toezicht in 2010, in samenspraak met de NVVC aangepast. Omdat de NVVC in september 2011 aangaf het niet helemaal eens te zijn met het toetsingkader heeft er op 18 juli 2012 overleg plaatsgevonden tussen afgevaardigden van de NVVC en de inspectie over het aanpassen van het toetsingkader. Het grootste bezwaar was dat de deelname van de patiënt aan specifieke leefstijlprogramma's voor een groot deel afhankelijk is van de motivatie van de patiënt zelf. De eisen die zijn gesteld aan de deelname zijn daarom naar beneden bijgesteld.

De wijzigingen zijn in het onderstaande toetsingkader **vet en onderlijnd** aangegeven. Het betreft de 7 onderdelen nr. 11, 12 ,14, 15, 16, 18 en 19.

Hieronder staat aangegeven wat is veranderd.

		2010	**2013**
Nr 11 Aanbieden modules	Wijzing van Geborgd	Men biedt de FIT- PEP- en INFO modules aan	Ook als men naar modules verwijst
Nr 12 Informatie Programma/ nr 16 Activiteiten bij lichamelijke inactiviteit	Wijzing: Afwezig Aanwezig Operat. Geborgd	 niet 100% aangeboden, < 30% volgt het 100% aangeboden, 30-90% volgt het 100% aangeboden, ≥ 90% volgt het 100% aangeboden, 100% volgt het	 Idem, Idem, 30- **50**% volgt het Idem, **50-70%** volgt het Idem, **≥70%** volgt het
Nr 14 Activiteiten stoppen met roken/ Nr 15 Activiteiten bij overgewicht	Wijzing: Afwezig Aanwezig Operat. Geborgd	 niet 100% aangeboden, < 30% volgt het 100% geïndiceerd aangeboden, 30-90% volgt het 100% geïndiceerd aangeboden, 90%-95% volgt het 100% geïndiceerd aangeboden, ≥ 95% volgt het	 Idem, **0%** volgt het Idem, **<30 %** volgt het Idem, **30-50%** volgt het Idem, **≥ 50%** volgt het
Nr 18: Afstemming met andere hulpverleners	Samenvoeging van operationeel en geborgd in plaats van afwezig/ aanwezig	Aparte beoordeling voor operationeel en geborgd, afwezig en aanwezig is één score. Afwezig/aanwezig: professional uit revalidatieteam geen contact huisarts of andere zorgverleners. Operationeel: professional uit revalidatieteam heeft contact met huisarts en andere zorgverleners aan het eind van de behandeling Geborgd: professional uit het revalidatieteam heeft gedurende het programma contact en aan het eind	Geen verschil meer tussen operationeel en geborgd Afwezig: professional uit revalidatie-team geen contact met huisarts of andere zorgverleners. Aanwezig: professional uit het revalidatieteam communiceert met huisarts en andere betrokken hulpverleners Operationeel/geborgd: het revalidatieteam communiceert via de cardioloog ten minste aan het einde

		vindt overdracht plaats	van de behandeling met de huisarts en andere zorgverleners. Aan het eind vindt overdracht naar de huisarts plaats
Nr 19:Nazorg	Tekstuele aanpassing en wijziging geborgd	De term follow-up wordt gehanteerd Geborgd: follow-up gelegenheid aangeboden, deze wordt actief gepland/aangeboden tijdens het laatste consult.	De term follow-up is gewijzigd in nazorg Geborgd: de patiënt krijgt op vaste momenten nazorg aangeboden

Daarnaast heeft de inspectie aan het toetsingkader voor het vervolgonderzoek twee inventariserende vragen toegevoegd: één voor ziekenhuizen en één voor revalidatiecentra. Deze vragen inventariseren wat de instelling doet om de instroom in het programma te verbeteren. Zie nr. 20.

Toetsingkader FU hartrevalidatie 2013

Voor elk onderdeel kan een organisatie de score ’afwezig’, ’aanwezig’, ‘operationeel’ of ’geborgd’ scoren. De inspectie acht het onderdeel voldoende wanneer ‘operationeel’ of ’geborgd’ is gescoord. Organisaties zouden moeten streven naar ’geborgd’ zodat de kwaliteit van de bevordering van een gezonde leefstijl optimaal is.

Afwezig	**Aanwezig**	**Operationeel**	**Geborgd**
1. Beleid			
Het ziekenhuis/ revalidatiecentrum heeft geen beleid voor leefstijl (stoppen- met-rokenbegeleiding, begeleiding bij overgewicht en lichamelijke inactiviteit) binnen hartrevalidatieprogramma’s.	Het ziekenhuis/ revalidatiecentrum heeft beleid voor leefstijl (stoppen-met-rokenbegeleiding, begeleiding bij overgewicht en lichamelijke inactiviteit) binnen hartrevalidatieprogramma’s maar dit is niet schriftelijk vastgelegd.	Het ziekenhuis/ revalidatiecentrum heeft beleid vastgelegd voor leefstijl (stoppen- met-roken-begeleiding, begeleiding bij overgewicht en lichamelijke inactiviteit) binnen hartrevalidatie-programma’s.	Het ziekenhuis/ revalidatiecentrum heeft beleid vastgelegd voor leefstijl (stoppen-met-roken-begeleiding, begeleiding bij overgewicht en lichamelijke inactiviteit) binnen hartrevalidatieprogramma’s. Dit beleid wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd en indien nodig wordt het beleid aangepast.
2. Scholing			
De professionals hebben geen scholing gevolgd.	Een deel van de professionals uit het programma zijn geschoold.	Alle professionals uit het programma zijn geschoold.	
3. Coördinator hartrevalidatie			
Er is geen coördinator hartrevalidatie.	Er is een coördinator hartrevalidatie.	De coördinator hartrevalidatie heeft met elke patiënt een intakegesprek om revalidatiedoelen te bepalen.	De coördinator hartrevalidatie heeft met elke patiënt een intakegesprek om revalidatiedoelen te bepalen. De coördinator blijft gedurende de behandeling betrokken bij de patiënt.

Afwezig	**Aanwezig**	**Operationeel**	**Geborgd**
4. Multidisciplinair team			
Het hartrevalidatieteam bestaat uit één of twee verschillende disciplines.	Het hartrevalidatieteam bestaat uit ten minste drie verschillende disciplines. Ook is er een multidisciplinair overleg.	Het hartrevalidatieteam bestaat uit ten minste drie verschillende disciplines. Er is een multidisciplinair overleg waarin elke patiënt besproken wordt.	Het hartrevalidatieteam bestaat uit ten minste drie verschillende disciplines, waaronder een cardioloog. Er is een multidisciplinair overleg waarin elke patiënt besproken wordt.
5. Registratie			
Het ziekenhuis/ revalidatiecentrum registreert geen gegevens over het revalidatieprogramma op geaggregeerd niveau.	Het ziekenhuis/ revalidatie-centrum registreert sommige gegevens over het revalidatieprogramma op geaggregeerd niveau (gegevens over het aantal patiënten dat aan het programma begint, doorloopt, afmaakt, aantal patiënten dat specifieke modules/ interventies ontving en klinische uitkomstmaten).	Het ziekenhuis/ revalidatie-centrum registreert gegevens over het revalidatieprogramma op geaggregeerd niveau (gegevens over het aantal patiënten dat aan het programma begint, door-loopt, afmaakt, aantal patiënten dat specifieke modules/ interventies ontving en klinische uitkomstmaten).	Het ziekenhuis/ revalidatie-centrum registreert gegevens over het revalidatieprogramma op geaggregeerd niveau (gegevens over het aantal patiënten dat aan het programma begint, doorloopt, afmaakt, aantal patiënten dat specifieke modules/ interventies ontving en klinische uitkomstmaten). Deze gegevens worden gebruikt om het beleid te evalueren.
6. Inventariseren rookgedrag			
De professionals inventariseren het rookgedrag bij <100% van de patiënten.	De professionals inventariseren het rookgedrag van alle patiënten, maar niet van alle partners.	De professionals inventariseren het rookgedrag van alle patiënten en hun partner.	
7. Inventariseren overgewicht/lichamelijke inactiviteit			
De professionals inventariseren de BMI, buikomvang, het beweeggedrag en comorbiditeit niet.	De professionals inventariseren de BMI, buikomvang, het beweeggedrag en comorbiditeit niet altijd.	De professionals de BMI, buikomvang, het beweeggedrag en comorbiditeit altijd.	
8. Intakegesprek			
Patiënten krijgen geen intakegesprek om revalidatiedoelen te bepalen.	Alle patiënten krijgen een intakegesprek om revalidatiedoelen te bepalen.	Alle patiënten een intake-gesprek om revalidatiedoelen te bepalen. Deze worden in het patiëntendossier genoteerd.	Alle patiënten een intake-gesprek om revalidatiedoelen te bepalen. Deze worden in het patiëntendossier genoteerd en in het multi-disciplinair overleg besproken.

Afwezig	**Aanwezig**	**Operationeel**	**Geborgd**
9. Behandelplan			
Patiënten hebben geen behandelplan op basis van de relevante patiëntgegevens, vastgestelde behandeldoelen en benodigde interventies om die doelen te behalen.	Het revalidatieteam stelt bij alle patiënten een individueel behandelplan op, op basis van de relevante patiëntgegevens, vastgestelde behandeldoelen en benodigde interventies om die doelen te behalen.	Bij alle patiënten stelt het revalidatieteam een individueel behandelplan op basis van de relevante patiëntgegevens, vastgestelde behandeldoelen en benodigde interventies om die doelen te behalen. Dit plan wordt met de patiënt besproken.	Bij alle patiënten stelt het revalidatieteam een individueel behandelplan op basis van de relevante patiëntgegevens, vastgestelde behandeldoelen en benodigde interventies om die doelen te behalen. Dit plan wordt met de patiënt besproken. Het plan wordt ook met de coördinator hartrevalidatie of in het multidisciplinair overleg besproken.
10. Onderdelen van het hartrevalidatieprogramma			
Het revalidatie-programma bevat (zelf aanbieden of verwijzen) geen of slechts één subprogramma (beweging, ontspanning, info, of leefstijl).	Het revalidatieprogramma bevat (zelf aanbieden of verwijzen) enkele maar niet alle programma's (beweging, ontspanning, info of leefstijl).	Het revalidatieprogramma bevat (zelf aanbieden of verwijzen) alle programma's (beweging, ontspanning, info of leefstijl).	Het revalidatieprogramma bevat (zelf aanbieden of verwijzen) alle programma's (beweging, ontspanning, info of leefstijl). Alle geïndiceerde patiënten hebben deze programma's aangeboden gekregen.
11. Aanbieden van modules			
Het ziekenhuis/ revalidatiecentrum biedt de FIT/PEP/INFO module niet aan/ verwijst hier niet naar.	Het ziekenhuis/ revalidatiecentrum biedt één van de drie modules aan/ verwijst hiernaar.	Het ziekenhuis/ revalidatiecentrum biedt twee van de drie modules aan/ verwijst hiernaar, waaronder de INFO module.	Het ziekenhuis/ revalidatiecentrum biedt de FIT- PEP- en INFO modules aan/ **verwijst hiernaar**.
12. Informatieprogramma			
Niet alle patiënten krijgen het informatieprogramma aangeboden of **<30%** van de patiënten heeft het informatieprogramma gevolgd.	Alle patiënten krijgen het informatieprogramma aangeboden en **30 tot 50%** heeft dit ook gevolgd.	Alle patiënten krijgen het informatieprogramma aangeboden en **50% tot 70%** heeft dit ook gevolgd.	Alle patiënten krijgen het informatieprogramma aangeboden en **≥70%** heeft dit ook gevolgd.
13. Motiveren stoppen met roken			
De professionals ondernemen geen activiteiten bij patiënten die niet gemotiveerd zijn om te stoppen.	De professionals geven een stopadvies bij patiënten die niet gemotiveerd zijn om te stoppen.	De professionals geven een stopadvies bij patiënten die niet gemotiveerd zijn om te stoppen en voeren ten minste één activiteit uit om de motivatie te verhogen (website stivoro, informatiemateriaal uitdelen, verwijzen naar cardioloog, extra consult inplannen).	De professionals geven een stopadvies bij patiënten die niet gemotiveerd zijn om te stoppen en voeren > één activiteit uit om de motivatie te verhogen (website stivoro, informatiemateriaal uitdelen, verwijzen naar cardioloog, extra consult inplannen).

Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
14. Activiteiten ondersteuning stoppen met roken			
De professionals onder-nemen geen activiteiten bij patiënten die roken en gemotiveerd zijn om te stoppen. **Geen** van de patiënten heeft hun programma voor roken gevolgd.	De professionals onder-nemen activiteiten bij patiënten die roken en gemotiveerd zijn om te stoppen. Patiënten die roken en gemotiveerd zijn om te stoppen krijgen het informatieprogramma aangeboden. **<30%** van de patiënten heeft hun programma gevolgd.	De professionals onder-nemen activiteiten bij patiënten die roken en gemotiveerd zijn om te stoppen. Patiënten die roken en gemotiveerd zijn om te stoppen krijgen het informatieprogramma, leefstijlprogramma/PEP en bewegingsprogramma aangeboden met indien geïndiceerd nicotine-vervangende middelen. **30 tot 50%** van de patiënten heeft hun programma gevolgd.	De professionals onder-nemen activiteiten bij patiënten die roken en gemotiveerd zijn om te stoppen. Patiënten die roken en gemotiveerd zijn om te stoppen krijgen het informatieprogramma, leefstijlprogramma/PEP en bewegingsprogramma aangeboden met indien geïndiceerd nicotine-vervangende middelen. **≥50%** van de patiënten heeft hun programma gevolgd.
15. Activiteiten bij overgewicht			
De professionals ondernemen geen activiteiten om gezonde voeding en bewegen te stimuleren bij patiënten met overgewicht/ obesitas. **Geen** van de patiënten heeft hun programma voor overgewicht/obesitas gevolgd.	De professionals bieden het informatieprogramma aan bij patiënten met overgewicht/ obesitas. **<30%** van de patiënten heeft hun programma voor over-gewicht/obesitas gevolgd.	De professionals bieden het informatieprogramma en gecombineerde leefstijli-nterventies aan met indien geïndiceerd medicatie en chirurgie bij patiënten met overgewicht/ obesitas. **30 tot 50%** van de patiënten heeft hun programma voor overgewicht/ obesitas gevolgd.	De professionals bieden het informatieprogramma en gecombineerde leefstijl-interventies aan met indien geïndiceerd medicatie en chirurgie bij patiënten met overgewicht/ obesitas. **≥50%** van de patiënten heeft hun programma voor overgewicht/ obesitas gevolgd.
16. Activiteiten bij lichamelijke inactiviteit			
De professionals onder-nemen geen activiteiten om een actieve leefstijl te stimuleren bij patiënten met een inactieve leefstijl. **<30%** van de patiënten heeft hun programma voor inactieve leefstijl gevolgd.	De professionals bieden het informatieprogramma aan bij patiënten met een inactieve leefstijl. **30 tot 50%** van de patiënten heeft hun programma voor inactieve leefstijl gevolgd.	De professionals bieden het informatieprogramma en leefstijlprogramma/ fysiek programma aan bij patiënten met een inactieve leefstijl. **50 tot 70%** van de patiënten heeft hun programma voor inactieve leefstijl gevolgd.	De professionals bieden het informatieprogramma en leefstijlprogramma/ fysiek programma aan bij patiënten met een inactieve leefstijl. **≥70%** van de patiënten heeft hun programma voor inactieve leefstijl gevolgd.
17. Monitoring op patiëntniveau			
De voortgang van de patiënt wordt niet gemonitord.	De voortgang van de patiënt wordt gemonitord aan de hand van patiëntgegevens.	De voortgang van de patiënt wordt gemonitord aan de hand van patiëntgegevens. In het patiëntdossier worden de gegevens bijgehouden over de voortgang van het individueel programma.	De professional monitort de voortgang van de patiënt aan de hand van patiënt-gegevens. In het patiënt-dossier worden de gegevens bijgehouden over de voortgang van het individueel programma. Indien worden de behandel-doelen aangepast.

Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
18. Afstemming met andere hulpverleners			
De professional uit het revalidatie team heeft geen communicatie met de huisarts en ook niet met andere betrokken zorg-verleners (zoals bij verwijzing naar fysio-therapeut, betrokken bedrijfsarts) van de patiënt	De professional uit het revalidatieteam communiceert met de huisarts van de patiënt Ook met andere betrokken zorgverleners (zoals bij verwijzing naar fysio-therapeut, betrokken bedrijfsarts) van buiten het hartrevalidatie-programma vindt communicatie plaats	Het revalidatieteam communiceert via de cardioloog met de huisarts van de patiënt tenminste aan het eind van de behandeling. Ook met andere betrokken zorgverleners (zoals bij verwijzing naar fysiotherapeut, betrokken bedrijfsarts) van buiten het hartrevalidatieprogramma vindt er communicatie plaats. Aan het eind van de behandeling vindt overdracht plaats naar de huisarts.	
19. Nazorg			
Er is geen nazorg na afloop van het programma.		De patiënten krijgen ten minste één nazorg afspraak aangeboden na afloop van het programma.	De patiënten krijgen op vaste momenten nazorg aangeboden na afloop van het programma.

Nieuwe vragen

Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
20. Instroom in het programma (ziekenhuis)			
Het ziekenhuis heeft geen systeem voor verwijzing naar de hartrevalidatie door de cardioloog en systematische indicatie-stelling door de coördinator.	Er is een systeem voor verwijzing naar de hartrevalidatie door de cardioloog, maar syste-matische indicatiestelling door de coördinator maakt hier geen deel van uit.	Het ziekenhuis heeft een systeem voor verwijzing naar het hartrevalidatieprogramma door de cardioloog en systematische indicatiestelling door de coördinator.	
20. Instroom in het programma (revalidatiecentrum)			
Het revalidatiecentrum is niet nagegaan hoe de instroom in het programma verhoogd kan worden.	Het revalidatiecentrum is nagegaan hoe de instroom in het programma verhoogd kan worden, maar heeft hiervoor niet de resultaten van het individueel rapport met de verwijzende ziekenhuizen besproken.	Het revalidatiecentrum is nagegaan hoe de instroom in het programma verhoogd kan worden, door ten minste de resultaten van het individueel rapport met de verwijzende ziekenhuizen te bespreken.	

Aanvullende vragen
Hieronder staan de aanvullende vragen die de inspectie heeft gesteld aan de ziekenhuizen en revalidatiecentra met een hartrevalidatieprogramma. Daarna volgen de vragen die de inspectie stelde aan de ziekenhuizen zonder hart-revalidatieprogramma.

Vragen aan ziekenhuizen en revalidatiecentra met revalidatie:

Alleen aan ziekenhuizen:
- Hoeveel patiënten met een doorgemaakt hartinfarct werden in 2010, 2011 en 2012 in uw ziekenhuis opgenomen?
- Hoeveel van de in uw ziekenhuis opgenomen patiënten met een doorgemaakt hartinfarct zijn gestart met hartrevalidatie in 2010, 2011 en 2012?

Aan alle instellingen met een hartrevalidatieprogramma:
a Hoeveel % van de patiënten in het hartrevalidatieprogramma kreeg in 2012 het infoprogramma aangeboden?
b Hoeveel % van de patiënten in het hartrevalidatieprogramma heeft in 2012 het infoprogramma gevolgd?
c Hoeveel % van de geïndiceerde patiënten in het hartrevalidatieprogramma kreeg in 2012 een stoppen met roken programma aangeboden?
d Hoeveel % van de geïndiceerde patiënten in het hartrevalidatieprogramma heeft in 2012 een stoppen met roken programma gevolgd?
e Hoeveel % van de geïndiceerde patiënten in het hartrevalidatieprogramma kreeg in 2012 een overgewicht programma aangeboden?
f Hoeveel % van de geïndiceerde patiënten in het hartrevalidatieprogramma heeft in 2012 een overgewicht programma gevolgd?
g Hoeveel % van de geïndiceerde patiënten in het hartrevalidatieprogramma kreeg in 2012 een beweegprogramma aangeboden?
h Hoeveel % van de geïndiceerde patiënten in het hartrevalidatieprogramma heeft in 2012 het beweegprogramma programma gevolgd?
i Kunt u bij bovenstaande vragen a t/m h aangeven of de gegevens gebaseerd zijn op een schatting of registratie.

Vragen aan ziekenhuizen zonder hartrevalidatie:
- Hoeveel patiënten met een doorgemaakt hartinfarct werden in 2010, 2011 en 2012 in uw ziekenhuis opgenomen?
- Hoeveel van de in uw ziekenhuis opgenomen patiënten met een doorgemaakt hartinfarct heeft u doorverwezen naar een ander ziekenhuis/revalidatiecentrum voor hartrevalidatie in 2010, 2011 en 2012?
- Heeft u een systeem voor verwijzing naar hartrevalidatie door een cardioloog? Ja/Nee

IGZ 13-43